# Ein atypischer Fall von manisch-depressivem Irresein.

---

## Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

**Marie Blumenfeld**
aus Berlin.

---

Berlin 1911
Emil Ebering
Mittelstraße 39.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg.

Dekan: Prof. Dr. Menge.
Referent: Privatdoz. Dr. Wilmanns.

Folgender Fall eines atypischen manisch-depressiven Irreseins dürfte der Veröffentlichung wert sein. Es handelt sich um eine fast 48jährige Jüdin, Frau G., Kaufmannsehefrau, Mutter von zwei Kindern.

Ueber die hereditären Verhältnisse der Patientin war Folgendes festzustellen.

Der Vater war nervenleidend, Genaueres über das Leiden war nicht zu erfahren. Er starb mit 72 Jahren. Die Mutter war sehr reizbar, nervös, neigte zu hypochondrischen Beschwerden und zeigte einen ausgeprägten Egoismus; sie soll später geisteskrank gewesen sein. Zwei Brüder der Mutter waren „Hypochonder", der eine von ihnen ging 8 Jahre kaum aus dem Hause heraus. Eine Schwester war wegen „Nervosität" längere Zeit in Anstaltsbehandlung.

Der Vater* der Patientin war ein jüdischer Kaufmann in einem kleinen Orte Süddeutschlands, die wirtschaftlichen Verhältnisse im väterlichen Hause scheinen gut gewesen zu sein. Der Bildungsgrad war kein besonders hoher.

Frau G. wurde am 13. XI. 1861 in einem kleinen Dorfe Süddeutschlands geboren; sie war von 8 Geschwistern das drittälteste. Vier Geschwister starben als Frau G. noch klein war. Da sie als Kind sehr zart war, so wurde sie sehr verwöhnt, wie sie erzählt „als Seidenhäschen" behandelt.

Mit $6^1/_2$ Jahren kam sie in die israelitische Volksschule ihres Dorfes und lernte dort, was zu lernen war; doch war dies nicht viel. Bis zum 15. Jahre blieb sie zu Hause. Ihre

---

* Die hier verwendeten Angaben entstammen zum größten Teil einer Anamnese aus d. Z. 1903 und einem von der Kranken verfaßten Lebenslauf aus d. J. 1905.

Kindheitsjahre verflossen „einfach und unbedeutend“. Sie kam erst heraus, als ihre älteste Schwester heiratete. Diese zog nämlich mit ihrem Mann an einen anderen Ort und unsere Kranke verbrachte nun häufig die Wintermonate bei ihr. Mit 17 Jahren kam sie zum ersten Male in eine größere Stadt. Ein Onkel hatte sie auf einige Zeit zu sich geladen. Sie besuchte hier Theater und Konzerte und lernte besonders den Umgang mit „gebildeten Menschen schätzen“, so daß ihr die Rückkehr ins Dorf ziemlich schwer fiel. Ihrem Wunsch entsprechend wurde sie nun von den Eltern häufiger zu Verwandten geschickt, die in den benachbarten größeren Städten lebten. In dieser Zeit wurde sie viel umworben. Sie schreibt: „Meine Eltern wurden mit Heiratsanträgen förmlich bestürmt; da ich jedoch neben zwei jüngeren Brüdern die einzige Tochter war, war ich zu Hause nötig und ich selbst zeigte nicht die geringste Lust zum Heiraten.“ Mit 24 Jahren heiratete sie.

Herr G. ist ein Kaufmann. Er betrieb zur Zeit der Heirat in Gemeinschaft mit einem Bruder ein Manufakturwarengeschäft. Wenige Jahre später jedoch trat er daraus mit einem ziemlich großen Vermögensverlust aus und zog nun mit seiner Frau und den beiden kleinen Mädchen, die inzwischen geboren waren, nach der Schweiz. Er gründete hier mit seinen zwei Schwestern ein ähnliches Geschäft wie das alte. Auch dies hatte keinen Erfolg. Erst als im Jahre 1899 die Verwandten der Frau G. ihn zum Teilnehmer ihres gut gehenden Juwelenhandels machten, wurde die wirtschaftliche Lage sicherer und blieb es auch offenbar seitdem.

Soweit wir, bei nur oberflächlicher Bekanntschaft mit dem Mann, ihn beurteilen können, handelt es sich um einen intelligenten Herrn, der es seiner Frau gegenüber an Rücksicht nicht fehlen läßt.

Die beiden Töchter sind wohlerzogene junge Mädchen; die ältere verheiratet sich in kurzer Zeit.

Soweit die äußeren Verhältnisse. Die Ehe selbst scheint

in den ersten Jahren ziemlich glücklich gewesen zu sein. Frau G. schreibt: „Wir waren beide glücklich und bestrebt uns gegenseitig kennen und verstehen zu lernen. Wo kleine Schwächen sich zeigten, half die gegenseitige Achtung und Zuneigung gleich darüber hinweg. Zudem war Herr G. nur $1^1/_2$ Jahre älter wie ich.“

Immerhin brachten Konflikte mit den Verwandten des Mannes und die nicht sehr günstigen pekuniären Verhältnisse der ersten Zeit manchen schweren Kummer mit sich.

Ihr ferneres Leben ist von den Aeußerungen ihrer Krankheit derartig durchwirkt, daß die Darstellung ihrer Schicksale mit ihrer Krankengeschichte zusammenfallen muß.

Frau G. machte als Kind die üblichen Kinderkrankheiten durch. Als Zehnjährige erlitt sie einen Fall mit mehrstündiger nachfolgender Bewußtlosigkeit. Mit 12 Jahren traten die Menses auf. Als junges Mädchen litt sie häufig an heftigem Nasenbluten und an Blutarmut. Auf einen im Jahre 1887 überstandenen Abort folgte eine ziemlich langwierige Metritis, sonst war Pat. körperlich stets gesund.

Kurz nach dem ersten Auftreten der Regel begannen sich bei ihr leichte traurige Verstimmungen zu zeigen, die sie selbst in Beziehung zum Tode mehrerer Angehörigen setzt. Sie waren leichter Art, so leicht, daß sie sie mit einer gewissen Energie vor der Umgebung verstecken konnte. Schließlich aber, als die Depressionen nicht aufhören wollten, vertraute sie sich dem Hausarzt an und dieser riet zur Heirat. Gerade vor dieser aber hatte sie nun am meisten Befürchtungen. Sie glaubte, ihrem Manne nicht das sein zu können, was eine gute Ehefrau sein müßte, sie wäre zu dumm und zu gefühllos, um Kinder zu erziehen, sie könnte sich nicht in die Neigungen und Gefühle ihres Mannes und ihrer zukünftigen Kinder hineindenken. In diesen traurigen Zeiten war sie empfindlich für jedes harte Wort in ihrer Umgebung. Sie fürchtete sich vor jedem Zusammensein mit anderen. Sie hatte von jeher ausgesprochene Sympathien und Antipathien und meinte nun in diesen Zeiten, die ihr unsympathischen Leute müßten es fühlen, daß sie nicht ihre Neigung hätten. Manchmal aber hatte sie wieder Zeiten, in denen sie munter und übermütig war.

Einen etwas schwereren Charakter nahm eine während der ersten Gravidität auftretende Depression an (85). Aus dem kurzen Berichte des damals zugezogenen Arztes erfahren wir, daß Pat. an allgemeiner Verstimmung litt und ein ausgesprochenes Insuffizienz-

gefühl äußerte, besonders ihren Pflichten als Frau und Mutter gegenüber. Die Depression dauerte damals etwa 4 Wochen. Die Anfälle kamen dann in den folgenden Jahren häufiger, ohne erkennbare Regelmäßigkeit. Doch waren die Intervalle normaler Zeiten ziemlich lang. So ging der der Geburt des zweiten Kindes folgenden Depression (1889) ein freies Intervall von etwa 8 Monaten voran. Von diesem Anfall, bei dem es zu einem Suicidversuch kam, gab Pat. bei ihrer ersten Aufnahme in Heidelberg eine anschauliche Schilderung, die hier folgen soll: sie war erst aufgeregt, reizbar, dann deprimiert. Sie meinte, sie könne ihren Mann nicht mehr lieben, ihr Kind nicht erziehen, es sei ihre Schuldigkeit, von ihrem Manne sich zu trennen, da es ein Unrecht wäre, einem Manne anzugehören, für den ihr die rechte Liebe fehlte. Alles in ihr war tot, sie sagte dem Arzt, sie sei nicht imstande, weder die größte Lust, noch das größte Unglück zu empfinden. Alles prallte an ihrer Gleichgültigkeit und Gefühllosigkeit ab. Sie zog sich zurück, war wie ein Klotz. Ueber den Suicidversuch berichtet der Hausarzt folgendes: Nachdem sie schon einige Tage vorher Lebensüberdruß geäußert hatte, entfernte sie sich eines Morgens um 4 Uhr heimlich aus ihrem Bett und ihrer Wohnung und machte den Versuch, sich zu ertränken, kehrte allerdings selbst zurück. Als Grund ihrer Rückkehr gibt die Kranke an, daß ihr im Wasser der Gedanke kam, es könnte vielleicht noch alles gut werden. Sie wurde nun in die Privatanstalt verbracht (Benndorf). In der Krankengeschichte wird nur berichtet, daß sie nichts weniger als melancholisch, daß sie nach ihren eigenen Worten zum „Singen und Jubeln" aufgelegt wäre und dies, obgleich sie sich damals körperlich nicht gut fühlte, an Erbrechen und Uebelkeit litt, über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Stuhlverstopfung klagte, und sogar hypochondrische Gedanken mit sich herumtrug. So meinte sie, sie würde gelähmt, da sie in der linken Seite Schmerz und ein eigentümliches Schwächegefühl empfand. Trotzdem war sie immer liebenswürdig und heiter. Die angewandten Kuren, Massage, Elektrizität schlugen gut an, die Pat. nahm auch an Gewicht etwas zu und verließ die Anstalt nach sechswöchentlichem Aufenthalt. Es folgt nun ein Zeitraum von 11 Jahren. in dem sich zwar der Zustand nicht besserte, sie aber trotzdem in eine Anstalt nicht gebracht zu werden brauchte; allerdings ist in Betracht zu ziehen, daß sich die Familie damals in ziemlich schwierigen Verhältnissen befand, die den Aufenthalt in einer Privatanstalt nur unter sehr zwingenden Verhältnissen zuließen. Auch über diese Zeit sind wir nur durch die Angaben der Pat. bei ihrer ersten Aufnahme in Heidelberg unterrichtet. Sie erzählte nämlich

damals, daß sich in den Jahren, die dem Eintritt in die Schaffhausener Anstalt vorangingen, schon alle jene Wahnideen allmählich vorbildeten, die in der Sch. Krankengeschichte dann später erwähnt werden. Diese hatte nach ihren späteren Angaben etwa folgenden Zusammenhang. Sie hatte die Empfindung, daß die Leute auf der Straße sie ansahen und über sie sprachen. Sie meinte, der Mann hätte vielleicht „ihre Behandlung als Arzt übernommen" und vielleicht die Bekannten veranlaßt, sie zu fixieren. Sie habe schließlich einen Verfolgungswahn gegen ihren Mann gehabt, geglaubt, er sei der Mittelpunkt eines Komplotts gegen sie, und ihre ganze Umgebung sei darin verwickelt. Sie bezog alles auf sich, meinte, die Leute auf dem Bahnhof seien ihretwegen da, um sie noch zu sehen, der Schaffner käme ihretwegen. Sie sei sehr ängstlich gewesen, habe sich gefürchtet vor den Geschäftsfreunden ihres Mannes und trotzdem wurde sie gegen ihren Willen getrieben, sie zu begrüßen. Sie tat es alles auf fremden Willen, einen eigenen hatte sie nicht, sie glaubte von ihrem Mann hypnotisiert zu sein. Wenn ein Hausierer kam, wagte sie es nicht, von ihm zu kaufen, in der Befürchtung, er sei zu ihrem Schaden geschickt, sie hatte ängstliche Befürchtungen, von denen sie sich nicht freimachen konnte. Es drängte sich ihr z. B. auf, daß ihre Bekannten gestorben sein könnten und sie atmete erst auf, wenn sie die betreffenden Personen wieder sah. In den schwersten Zeiten habe sie auch Stimmen gehört und ganz wunderbare Einfälle gehabt. Was die Stimmen sagten, könne sie jetzt nicht mehr angeben, es waren meist Antworten auf Gedanken, mit denen sie sich gerade beschäftigte. Alles redete zu ihr, wenn das Badewasser ablief, so sprachen die einzelnen Wassertropfen zu ihr. Sie glaubte, daß ein schwarzer Vogel, der auf dem Telephondraht saß, ihr Mann sei, der ihr etwas zurief, daß ihre beiden Kinder durch ihre Schuld in Gänse verwandelt seien. Diese Gedanken habe sie nie ausgesprochen, sondern für sich behalten, habe aber wiederholt die Wärterinnen gefragt, ob sie auch verstünden, was die Vögel ihr zuriefen. Die freien Zeiten während der fraglichen 11 Jahre wurden immer seltener*, erstens weil die Depressionen und Erregungszustände immer häufiger wurden, und ferner, weil auf diese nun exaltierte Zeiten folgten, in denen Patientin durch ihr überschäumendes, backfischartiges Benehmen überall auffiel, z. B. zog sie in der Gesellschaft einem älteren verwandten Herrn als er sich setzen wollte, den Stuhl weg, daß er fiel.

Am 12. Juni 1900 wurde sie, da ihre Erregung zu einer Anstaltsbehandlung drängte, nach einer Anstalt in Schaffhausen gebracht.

---

* Angabe des Mannes im Jahre 1902.

Seit jener Zeit sind wir über sie, soweit es Krankengeschichten und Angaben der Angehörigen vermögen, gut unterrichtet.

Krankengeschichte aus Schaffhausen.

I. Aufenthalt in Sch. 12. Juni bis 12. Juli 1900. Der Mann gibt an, in der letzten Zeit sei die Erregung halbjährlich aufgetreten, zu allerletzt alle sechs Wochen. Sie wäre dann mißtrauisch gegen ihn, fühle sich verfolgt und würde gewalttätig. Diesmal hätte sie eine Kelinerin, welche sie bediente, geschlagen. Sie wollte eine Ladnerin angreifen, weil diese ihrem Kinde etwas zu leid getan hätte. Sie behauptet Nadel- und Lanzenstiche würden ihr beigebracht.

Patientin kommt mit ausgesprochenem Krankheitsgefühl herein, sie sagt, sie möchte eine Nacht wieder einmal Ruhe haben. Sie äußert den Wunsch ein besonderes Zimmer zu bekommen, da sie den Anblick der Kranken nicht vertragen könne. Sie spricht langsam und mit deutlich „theatralischem" Tonfall. In den ersten Tagen zeigt die Kranke ein sehr mißtrauisches Wesen, sie verhält sich der körperlichen Untersuchung gegenüber sehr ablehnend. An den Arzt stellt sie die Frage „Nicht wahr, Sie stehen über den Parteien?" Ihre Stimmung ist wechselnd, meist ist sie traurig, zuweilen munter. Sie produziert außerordentlich viel Wahnideen, die Menschen auf der Straße schauen sie an, es heißt „man kennt sie"; man habe sie „beständig unter Zeugen kontrolliert". Man habe sie da und dort beleidigt, habe so sonderbar gesprochen, und ihr fürchterliche, frivole Sachen zugerufen. Sie habe schon lange das Gefühl, daß man sie aus Zürich weghaben wolle. An all diesen Verfolgungen sei ihr Mann nicht ganz unbeteiligt, er gebe Zeichen am Telephon, er sei gegen sie schon eine zeitlang ganz anders als sonst, sonderbar, kalt, sie und er kämpfen einen blutigen Kampf, sie habe ihm gesagt, sie wolle freiwillig zurücktreten, das habe er nicht angenommen. Man habe ihren Mann zum Tiger gemacht, sie selbst zum Tier. Man habe ihr Familienleben zerstört und sie selbst auf „die Spitze getrieben". Die ganze Stadt sei daran beteiligt. Sie stünde an einem Wendepunkt ihres Lebens, sie wolle vollbringen, was Gott ihr aufgeladen, sie sei aber selbst nicht schuld, daß sie in einen Zustand der Nervosität hineingekommen sei, obgleich man viel für sie tue, so ließe man ihr doch keine Ruhe. Immer führt sie ihre Krankheit auf fremde Einflüsse zurück. Bei ihren Mitteilungen ist sie sehr umständlich und schweift häufig vom Thema ab. Am 24. Juli wird eine zunehmende Aufheiterung konstatiert. Krankheitseinsicht tritt nicht ein. Sie spricht von sonderbarem taktlosen Benehmen, durch das sie gereizt und noch kränker gemacht worden sei. Stimmen ge-

hört zu haben, gibt sie nur halb zu. Während der Tage an denen sie heiter ist, zeigt sie einen gesteigerten Rededrang, Freude am Prahlen, die Sucht, sich in alles mögliche einzumischen. Eine Woche vor ihrer Heimkehr scheint die Heiterkeit etwas abnehmen zu wollen. Sie wird als gebessert entlassen. Schon nach $11^1/_2$ Monaten erfolgt die II. Aufnahme (27. Juli bis 7. Sebtember 1901). Die Kranke kommt freiwillig in die Anstalt. Der Mann gibt an, daß sie bis vor acht Tagen gesund gewesen sei. In der Zwischenzeit habe sie einen Abort durchgemacht und ihr Vater wäre gestorben, woran sich eine Reise wegen der Erbschaft angeschlossen hätte. Der Rückfall hätte damit begonnen, daß die Kranke viel zu sprechen anfing, viel Briefe schrieb, die Kinder nicht recht in Ruhe ließ und schlecht schlief. Sie sprach weder von Verfolgungsideen, noch von Stimmen. — Patientin ist bei der Aufnahme sehr deprimiert, die Sprache ist sichtlich erschwert, doch gibt sie immerhin Auskunft und legt dabei darauf Wert nicht mißverstanden zu werden. Ihre Geberden sind theatralisch. Dieser Zustand dauert etwa 4 Wochen. Patientin weint viel, ist ängstlich und ziemlich arztbedürftig. Zugleich ist sie unzufrieden und reizbar und protestiert gegen ihre Internierung. Sie äußert depressive Ideen, daß sie nicht mehr leben möchte, daß die Menschheit durch ihren Tod gerächt würde. Sie fürchtet ihr Essen sei vergiftet und ißt beinahe gar nichts. Sie greift alle Vorgänge der Umgebung auf und sucht sie paranoid umzudeuten. Sie fühlt sich noch immer beobachtet. Als sie einen Brief nach der Bahn bringt, hat sie das Gefühl, daß alle Leute ihr nachsehen und sie auslachen, als ob sie gezeichnet wäre, wirft auch den Brief nicht hinein, weil sie meint, er würde bald herausgenommen werden. Bezüglich ihres Mannes fürchtet sie, er wolle sich von ihr scheiden lassen, meint ihre Ehe sei eine Lüge. Ein Brief ihres Mannes läßt sie kalt. Sie hört viel Stimmen. Aus dem Gesang der Vögel hört sie allerlei, was sich auf sie bezieht. Einmal sagt sie dabei, „Hört, wie mein Kind schreit". Häufig ergeht sie sich „in geheimnisvollen und unverständlichen Reden". Zuweilen zeigt sie eine deutliche motorische Erregung, z. B. will sie mitten in der Nacht zur Oberwärterin oder zum Arzt hinaus. Am 24. scheint sie etwas munterer und seit diesem Tag tritt eine bedeutende Besserung ihres Zustandes ein. Sie unternimmt allerlei ohne bei einer Arbeit auszuhalten, wird sehr gesprächig. Sie äußert eine gewisse Krankheitseinsicht, stellt auch selbst fest, daß ihre letzte Krankheit schwerer gewesen wäre als wie jetzt, doch geht ihre letzte sicht nicht so weit, um den Anstaltsaufenthalt für nötig anzusehen, und noch am Entlassungstage drängt sie in kindischer Weise fort.

Diesmal vermag sie sich nur $5^1/_2$ Monate außerhalb der Anstalt zu halten.

III. Aufnahme 25. Februar bis 4. April 1902.

Der Mann gibt an, daß Pat. seit 5 Tagen gereizt sei und sich grundlos über das Dienstmädchen ärgere. Pat. ist körperlich recht heruntergekommen. Sie fühlt sich müde, abgeschlagen, hat keinen Appetit, ist verstopft, ihr Wesen ist unsicher und mißtrauisch. Sie weiß nicht recht was sie will. Sie drückt den Wunsch aus sich zu betätigen, z. B. Kranke zu pflegen. Sie meint, daß irgendetwas seit Jahr und Tag um sie herum vorgehe, und daß man sie so gehen ließe. „Man will mich auf Irrwege führen, ich finde mich schon zurecht.“ Den Arzt fragt sie „Nicht wahr, Sie stehen über den Parteien?“ Sie behauptet schreckliche Dinge gesehen zu haben. Ihre Reden begleitet sie häufig mit Predigergesten, beim Sprechen geht ihr oft der Faden verloren, sie ist schwer besinnlich, sie hat das Gefühl als ob sie alles vergäße, was sie zu sagen beabsichtige und bittet, man möchte sie an dieses und jenes erinnern. Wenn sie etwas gesagt hat, bereut sie es hinterher. An einem Abend soll sie ganz verwirrt geredet haben. Eines Tages sagt sie, sie hätte sich vorgenommen keine Namen zu nennen, da sie so viel Unheil über die Menschheit bringe. Am 18. III. scheint sie etwas munterer und wird auch seit diesem Tage zusehends freier in ihrem Wesen. Die Wahnideen bleiben jedoch bestehen, man probiere mit ihr alles mögliche, um zu sehen wie sie reagiere, eine unsichtbare Macht mache sie tun, was sie nicht tun wolle. Man arbeite ihr entgegen, daß sie nichts anderes werden und das Mißtrauen nicht ablegen könne. Als sie am 24. III. in der Stadt war, fiel ihr der rege Verkehr auf, der natürlich ihretwegen so intensiv war. Am 4. IV. wird sie entlassen, jedoch schon nach 3 Monaten muß sie die Anstalt wieder aufsuchen.

IV. Aufnahme 5. Juli bis 9. August 1902.

Die Anamnese lautet: Pat. wäre bis vor drei Wochen gesund gewesen und zeitweise sogar ausgelassen. Der bevorstehende Besuch ihrer älteren Tochter, welche von Paris mit einem schwerkranken Bruder kommen sollte, regte sie sehr auf, und als sie noch dazu die Verlobung einer Cousine erfuhr, geriet sie in einen Zustand kompleter Verwirrtheit, welcher allerdings wieder durch lichte Momente unterbrochen wurde.

Pat. ist bei der Aufnahme verwirrt und ängstlich, gibt nur ungern Auskunft und vermutet unter harmlosen Fragen etwas ganz besonderes. Sie hat dauernd Gehörshalluzinationen, die Vögel sängen allerhand was sich auf sie bezieht, im ganzen gleicht der diesmalige Erregungszustand den früheren. Bis zum Ende des Monats tritt

keine Besserung ein, Pat. bleibt ängstlich, und klammert sich an die Oberwärterin, der sie Schritt auf Schritt folgt. Sie spricht langsam mit kaum hörbarer Stimme. Sie meint, man wolle sie versuchen, man meine es nicht gut mit ihr, zugleich fühlt sie sich von einer Unruhe beherrscht, die sie nicht zu erklären weiß. Am 21. d. Mts. nimmt ihre Angst einen besonders hohen Grad an, sie ist total verwirrt, schlägt auf die Umgebung los, glaubt, man schneide ihr Grimassen. Vor einer Pat. kniet sie nieder und weint. An ihren Wahnideen bezüglich ihres Mannes hält sie fest, er wolle sich von ihr scheiden lassen, oder sei schon geschieden. Sie fürchtet, daß man ihr verhehle, daß die Familie aufgelöst sei. Seit dem 6. August deutliche Besserung, sie ist lebhaft und gesprächig, die Nachricht von dem Tode des Bruders nimmt sie mit Fassung auf. Die Krankheitseinsicht, die sie äußert, bleibt recht unvollständig. Sie verläßt am 8. August Schaffhausen und wird nun nach einem freien Intervall von nur 3 Monaten wieder interniert.

Krankengeschichte aus Kennenburg.

Aufenthaltsdauer vom 7. November bis 17. Dezember 1902.

Pat. wird der Anstalt mit folgendem Bericht aus Schloß Hornegg gebracht: sie wäre dort nur wenige Tage gewesen, hätte leicht zum Weinen geneigt, hätte nur mit Mühe Auskunft gegeben. Manchmal wurde die Hemmung durch eine psychomotorische Erregung durchbrochen; da die Kranke noch Suicidgedanken geäußert hätte, so hielt der Arzt eine geschlossene Anstalt für angemessener. Der Aufnahmestatus in Kennenburg ist folgender:

Frau G. ist schwer gehemmt, sie sitzt mit herabhängenden Gesichtszügen im Bett, und gibt auf wiederholte eindringliche Fragen sehr spärliche Antworten: sie wäre krank, aber nicht so, daß es eines Aufenthaltes in einer Anstalt bedurft hätte. Es spielen wieder die alten Sachen. Sie wisse nicht warum man sie hierhergebracht habe, sie wisse nicht wie sie mit Herrn G. hierhergekommen sei, mit dem ihr von Herrn Dr. M. gereichten Schlafmittel wäre sie wohl über diesen Aufregungszustand hinweggekommen, der nicht viel schlimmer wäre, als viele, die sie zu Hause durchgemacht hätte. Nach langem Zögern gibt die Kranke zu, daß sie Stimmen höre, sich jedoch von ihnen nicht beeinflussen lasse. Die Hemmung nimmt im Laufe der nächsten Tage ab. Dem Arzt gegenüber ist ihr Verhalten ablehnend und gereizt, da sie ihn mit ihrem Mann und dem Arzt in Schaffhausen im Komplott glaubt. Der Zweck des Komplotts sei, eine Ehetrennung herbeizuführen, sie wisse, was die Geschichten um sie herum bedeuteten, warum der Arzt, der doch von

allem unterrichtet sei, sie mit Fragen nutzlos quäle. Sie versichert wiederholt, daß sie sich weder von den Stimmen noch von den Bemerkungen der Kranken beeinflussen lasse. Während sie sich den Aerzten gegenüber in ihrem Verhalten bis zuletzt gleichbleibt, ist sie zum Wartepersonal und zu den Patienten recht freundlich und in den ersten Tagen des Dezembers, nachdem ihre Niedergeschlagenheit einer heiteren Stimmung Platz gemacht hat, kann man direkt von einem munteren und lebhaften Verkehr sprechen, den sie mit ihrer Umgebung pflegt. Allerdings wird sie leicht ausfällig, alle Aeußerungen bewegen sich auf des „Messers Kante". Am 8. XII. macht sich wieder eine starke Erregung bemerkbar, die Pat. selbst auf die nächtlich gehörten Stimmen zurückführt. In den folgenden Tagen wird sie zwar ruhiger, doch bestehen die Gehörshalluzinationen noch immer fort und üben auf die Kranke einen deutlichen Einfluß auf. Am 17. XII. wird Pat. von ihrem Mann abgeholt, um ihrem Wunsch gemäß der Hochzeit ihrer Nichte beizuwohnen. Sie ist gegen ihren Mann recht ablehnend und begleitet jede seiner Bemerkungen mit irgend einer spitzen Aeußerung.

Fünf Tage später wird sie nach der Klinik in Heidelberg gebracht.

Krankengeschichte aus der Heidelberger Klinik.

I. Aufnahme 5. I. 03.

Körperlich gesunde Frau.

Intelligent mit mannigfachen Interessen, natürliches, entgegenkommendes Benehmen, vorzügliche gesellschaftliche Formen. Gibt ausgezeichnet und willig über ihre früheren geistigen Erkrankungen Auskunft. Die Angaben, die sie jetzt macht, sind schon oben vor der Aufnahme in Schaffhausen aufgezählt worden. Die Art, wie sie ihre depressiven Zeiten schildert, zeigt deutlich, daß sie auch noch während des Berichtes all die Gefühle der Willenlosigkeit, der Gedankenleere, der allgemeinen Insuffizienz intensiv empfindet. Für die Krankhaftigkeit ihrer paranoiden Gedanken ist sie nicht einsichtig. Sie bleibt diesmal in der Anstalt nur wenige Tage und verläßt die Anstalt mit Einwilligung des Arztes. Nach 6 Monaten wird sie zum zweitenmal in Heidelberg aufgenommen.

II. Aufnahme 9. VI. 03.

Die Kranke kommt in Begleitung ihres Mannes, der Mann gibt spontan an, daß die Kranke nach ihrer Entlassung exaltiert und aufgeregt, lebhaft unternehmungslustig gewesen sei und Pläne geschmiedet habe; sie sei gegen ihre sonstige Natur nach W. zu einem Onkel gefahren, habe eine weite Reise zu ihrer Tochter unternehmen wollen. Frau G. sei erst in den letzten Tagen verändert gewesen,

sei ernst, wortkarg geworden, schließlich stumm. Jetzt sei sie ablehnend gegen ihn, glaube sich verfolgt, meine, es wären Posten aufgestellt, um sie zu überwachen. Sie habe denselben Zustand wie in den früheren Jahren.

Die Kranke sieht reduziert aus gegen früher. Sie macht einen ausgesprochen bekümmerten, resignierten, willenlosen Eindruck. Ihre Sprache ist müde, langsam, tonlos. Sie ist orientiert, besonnen, zugänglich, faßt auch alles auf, was man zu ihr sagt, doch erfolgen ihre Antworten zögernd, mühsam, ihre Auffassung erscheint erschwert. Sie äußerte, „Sie sprechen mir zu schnell, ich weiß nicht, ob ich alles richtig verstanden habe.“ Sie erkennt den Arzt und hat Vertrauen zu ihm. Gegen den Mann scheint sie ein gewisses Mißtrauen zu haben, sie blickt wiederholt ängstlich und mißtrauisch zu ihm hinüber und korrigiert in leicht gereiztem Tone einige unwesentliche Angaben in seiner Darstellung. Sie hat Krankheitsbewußtsein und -Gefühl, aber keine volle Einsicht. Sie sagt, sie sei gemütskrank, seit einigen Tagen, schiebt es aber auf eine aufreizende Behandlung von Seiten ihrer Umgebung und auf die Verfolgung durch die Stadt. Als man ihr dies als krankhaft hinstellt, macht sie schwache Versuche, zu widersprechen, gibt es aber schließlich halb und halb zu. Sie bittet den Mann, sie nicht in die I., sondern in die II. Klasse zu tun. Am nächsten Morgen ist sie sichtlich freier als am Vorabend. Die Stimmung ist noch ausgesprochen deprimiert, aber nicht so hoffnungslos. Die Auffassung ist besser, die Antworten erfolgen prompter, ausgiebiger und freier, dabei besteht ausgesprochene Ideenflucht, die die Kranke selbst empfindet. Sie klagt, daß sie leicht den Faden verliere und daß ihre Gedanken abspringen und bittet man solle Fragen stellen. Sie ist nicht in der Lage, die Entwicklung ihrer Krankheit klar zu erzählen. Sie fühlt sich heute morgen besser als gestern. „Heute morgen bin ich sehr ruhig und gut aufgewacht, mir ist leichter. Gestern haben Sie ja die Antworten förmlich aus mir herauspressen müssen.“ Aus den Angaben der Kranken, die sehr zerfahren sind, läßt sich Folgendes feststellen:

Im Laufe der vorigen Woche ist sie erkrankt, am Montag des 1. VI. habe sie sich noch ganz gesund gefühlt. Im Laufe der folgenden Tage merkte sie, daß irgend etwas wieder anfing, und in den nächsten Tagen wurde das noch schlimmer. Das Dienstmädchen versuchte sie zu reizen, die Angehörigen tuschelten über sie und blickten sie „so“ an. Im Laufe der nächsten Tage wurde sie deprimierter und beklommener. Sie konnte nicht allein sein und machte deshalb am 7. noch einen Spaziergang mit ihren Angehörigen, obwohl sie das Gefühl hatte, daß sie besser zu Hause geblieben wäre. Sie verlor

ganz die Fähigkeit zu sprechen und jeden Willen, ließ mit sich alles geschehen. Als der Mann von der Reise zurückkam, holte sie ihn nicht vom Bahnhof ab, sondern blieb zu Hause, weil sie so aufgeregt und leutescheu war. Sie erwartete ihn in der Stube. Ihr fiel das Unruhige und Lauernde in seinem Blicke auf, „etwas Hypnotisierendes.“ Er war wohl zärtlich zu ihr und fragte sie nach den Kindern und dergl., aber es war eine unnatürliche und gemachte Zärtlichkeit. Sie ängstigte sich vor ihm, er warf ihr so finstere Blicke zu. Sah sie ihn „stramm“ an, so schlug er die Augen nieder. Sie hatte die Empfindung, daß sie von Zeit zu Zeit die Augen von ihm abwenden müßte, damit er sie einmal aufschlagen könnte. Sie hatte gleich die Empfindung, daß sich ihr Mann von ihr lossagen wollte. (Die folgenden Bemerkungen machte Pat. erst nach langem Zögern und Sträuben). Sie habe sich noch mit keinem darüber ausgesprochen, müsse es aber einmal vom Herzen haben. Bei Tisch war das Verhalten ihres Mannes das gleiche. Sie bekam von ihm durch Blicke, Bewegungen, Gesten usw. zu verstehen, daß er sich von ihr scheiden lassen wolle, einmal sagte er unter einer eigenartigen Bewegung: „Mit Kinder . . . ohne Kinder.“ Da war ihr klar, daß sie getrennt seien und die Kinder ihr genommen werden sollten. Sie wisse, daß Herr G. früher mit ihr in bestem Einvernehmen gelebt habe, aber sie sei ja nun krank und das gute Einvernehmen dadurch gestört. Untreu sei er ihr wohl nicht, er gebe sich aber den Anschein. Das tue ihr furchtbar weh. Am Abend nach dem Essen habe er zu ihr gesagt, sie solle ins Bett gehen und sei ins Bureau gegangen, sie habe sich ganz mit dem Gedanken vertraut gemacht, von ihm und ihren Kindern getrennt worden zu sein. Als ihre Tochter sie fragte, ob sie bei ihr schlafen dürfte, habe sie sie an den Vater verwiesen, dann habe Herr G. zu dem Dienstmädchen gesagt, es solle sich fertig machen, und sei fortgegangen unter dem Vorwand, an ihren Bruder zu schreiben. Sie könne hernach den Brief lesen. Als sie im Hemd hinüberging, ihn zu lesen, hatte er ihn schon verschlossen und sagte kurz: „Ich habe von Dir Grüße bestellt“. Er sagte, sie solle nur wieder ins Bett gehen, er ginge mit dem Brief an die Post. Sie habe gleich gedacht, wenn er nur nicht Wege macht, die er nicht machen soll. Bald kam er wieder, der Zeit nach könnte er wirklich auf der Post gewesen sein. Er zog sich aus, aber nicht wie ein Ehemann das vor seiner Frau zu tun pflegt, er fragte sogar, ob er nicht die Lampe ausmachen sollte. „Wie das alles klappte.“ Schließlich nagelte er sogar seine Uhr an die Wand. (Was finden Sie dabei?) Er machte natürlich mit dem Klopfen dem Mädchen ein Zeichen, denn wozu sollte er es anders tun, er hatte doch einen Uhrständer.

Sie sei überzeugt, daß ihr Mann bei ihr den Schein erwecken wollte, daß er mit anderen Frauen verkehre, um auf sie einen demoralisierenden Einfluß auszuüben. Als der Arzt widerspricht und eine Händebewegung dabei macht, fragt die Kranke mit mißtrauischem Gesicht: „Seien Sie bitte aufrichtig, sprechen Sie mit Handbewegungen zu einer Frau, die nicht hier im Zimmer ist?“ Nachmittags bat die Kranke nochmals um eine Unterredung. Sie spricht langsam, bisweilen wie visionär, dabei ist es ihr unmöglich, den Faden einzuhalten. Bisweilen ist sie so ideenflüchtig, daß sie kaum verständlich ist. Sie empfindet das selbst lebhaft und steht der Erscheinung wie ratlos gegenüber. „Meine Gedanken springen wieder so rasch ab.“ Heute morgen habe sie wieder lebhaft Stimmen gehört, ihre Tochter habe sie gerufen „Mutti, Mutti.“ „Die Patienten fragen mich soviel nach meinen Kindern. Ist es Aberglaube, ich spreche nicht gern von meinen Kindern hier, ich fürchte, sie werden auch krank wie ich. Vor allem sagen Sie mir eines, bin ich als Kranke hier oder damit meine Familie vor mir Ruhe hat? Mir ist, als ob die Vögel mir etwas zuriefen, ich verstehe aber nicht alles. Die Wassertropfen rufen immer „Dickkopf, Dickkopf“, mir ist alles so fremd, wozu immer die große Begleitung, wenn man mich hierher bringt. Die 7 Herren im Coupé, sie wußten von mir und unterhielten sich durch Zeichen mit meinem Mann. Heute morgen, als die Herren zur Visite bei mir waren, war es wie eine Gerichtsverhandlung, die Herren beobachten mich so streng, als ob es dadurch entschieden werden müßte. Ich denke immer, als ob man mir einen der Herren als meinen Mann zuteilen würde, als Stellvertreter und Beschützer. (Wieso?) Ich muß es immer wieder mit dem Scheiden in Bezug bringen. (Krankhaft.) Ich bin froh, wenn das krankhafte Ideen sind. Wenn Herr G. ernstlich auf meiner Seite ist, werde ich gesund bleiben.“ Sie hört Stimmen, aber nie ganz deutlich. Es sei ihr, als ob sie auf dem Weg hierher beschimpft worden sei. Es wird von außen durch Hypnose auf sie eingewirkt. „Es hat jede Person ihren Namen, den wechselt sie mitunter.“ „Sie wechseln vielleicht in Ihren Angelegenheiten auch manchmal, daß sie dann auch wieder eine andere Person darstellen. Man gibt mir Beistand, ich fühle eben so manches, was vorgeht, und das tut ein böser Geist. Es ist wie eine Gerichtsverhandlung. Ich habe einen Anwalt und einen Verteidiger. . . , mit oft recht wechselnden Situationen.“ „Ich habe Vorstellungen, daß sich andere Leute unter meinen Verwandten finden, oder ich sehe Leute, unter denen ich mir meine Verwandten vorstelle. Auch mein Name ist in der Vorstellung ein anderer gewesen. Das ist meistens in den erregten Zuständen.“ „Ich habe eben, wie das ge-

wöhnlich ist, alles auf mich bezogen, man ruft mir Schimpfworte und schlechte Worte zu. Sie sind ja von Schaffhausen aus unterrichtet.“ (Deuten Sie Geräusche oder hören sie deutlich Stimmen?) „Ich weiß nicht, wie ich Ihnen das erklären soll. Meine Gedanken waren die, daß man moralisch mich zu verderben sucht und daß das von denen, die mir bisher nahestehen, ausgeht oder schon ausgegangen ist.“

Am Nachmittag des 11. zu einer Unterredung ins Einzelzimmer gebeten, kommt sie aus dem Garten mit einer Rose in der Hand. Sie nimmt ungezwungen auf dem Sofa Platz und erklärt sich bereit über ihren jetzigen Zustand zu sprechen. Ihr Wesen zeigt allerdings ein gewisses Mißtrauen. Sie ergreift nicht selbst das Wort, läßt vielmehr sich mühsam ausfragen. Sie spricht langsam und leise und macht einen etwas schwer besinnlichen Eindruck. Sie sagt selbst: „Herr Doktor, ich merke, wie schwer ich es mir und Ihnen mache.“ Sie äußert Befürchtungen bezüglich ihrer Scheidung und macht sich um die Zukunft ihrer Kinder Sorgen. Sie beklagt sich darüber, daß ihr Mann sie durch Hypnose beeinflusse, sie wisse zwar nicht genau, wie das geschehen könne, aber sie lasse zu, daß jemand, der seinem eigenen Willen eine feste Richtung gibt, diese gleiche Wiliensrichtung auch einem anderen aufdrängen könne. Auch hier werde sie beeinflußt durch andere Kranke; sogar die Direktion habe diese an verschiedenen Punkten im Garten aufgestellt, um sie beobachten zu lassen. Als sie gefragt wurde, ob sie wirklich meine, daß ihr Mann ihr untreu sei, bittet sie diese Erörterung beiseite zu lassen. „Ich will hoffen, meine Vorwürfe gegen meinen Mann sind nur krankhafte Ideen. Ich will gern für ihn und meine Kinder sterben.“ Sie hegt ein gewisses Mißtrauen, daß der Arzt am Ende doch eine Untersuchung wegen der Scheidung vornehmen wolle. Täuschungen der Gesichtssinne stellt sie in Abrede, doch drängt sich ihr häufig der Zwang auf, in den Gesichtern der ihr noch unbekannten Umgebung bestimmte Bekannte zu erkennen, Stimmen zu hören, stellt sie gleichfalls in Abrede, sie höre nur die Stimme des Arztes. (Hören Sie draußen den Drosselruf und das Pipsen der Sperlinge?) „Ja.“ Später, nachdem sie aufmerksam hingehorcht hat, sagt sie unmittelbar nach dem Ruf der Drossel: „Eben höre ich aus dem Ruf der Drossel: Komm herunter von dem Beichtstuhl.“ Ferner gibt sie an, einzelne Namen zu hören, oft jedoch blieben die Geräusche unverstanden. Am Schluß der Unterredung spricht sie den Wunsch aus, allein zu sein, weil die anderen sie beeinflussen. In den nächsten Tagen bleibt sie im wesentlichen unverändert. Es besteht starke Hemmung, sie ist schwer besinnlich, faßt sich wiederholt an den

Kopf, kanni hren Gedanken keinen Ausdruck verleihen. Sie spricht abgesetzt mühsam. Sie bezieht die Aussprüche der Kranken auf sich und sucht sie auszulegen. Sie zeigt einer früh-dementen Kranken einen Brief an ihre Verwandten, fragt, wie sie ihn adressieren solle und trägt deren Antwort „An den Himmel über Land und Meer" kritiklos ein. Sie halluziniert in diesen Tagen lebhaft, fühlt sich im Bann der Aerzte, steht unter fremdem Einfluß, kann nicht tun, was sie selbst möchte, fürchtet der Scharfrichter sei da, sie sei von ihren Nachbarinnen verhext.

Am 18. VI. heißt es: Ruhiger, gleichmäßiger, stark gehemmt, weniger ängstlich, in einem an die Angehörigen gerichteten Brief bittet sie um „Schriftzüge", damit sie sich beruhigt.

Am 20. VI.: Im Vordergrunde steht jetzt die starke Hemmung. Sie hatte Besuch vom Manne, war zugänglicher, aber mißtrauisch, bat um Aufrichtigkeit. Wird anspruchsvoller. Krankheitsgefühl, bittet um Genesung. Lebhaftes Interesse für die Familie, keine Ideenflucht. Spricht langsam unter deutlicher Erschwerung. Halluziniert noch, versteht aber nicht mehr die Stimmen, glaubt, daß sie sich auf sie beziehen.

2. VII.: Ganz allmähliche Besserung, wesentlich freier, keine Halluzinationen, anscheinend auch kein Beziehungswahn, obwohl sie in ihren früheren Erkrankungen späterhin immer dissimulierte. Beschäftigt sich hoffnungsfroh; es gehe ihr besser, sie hoffe bald entlassen zu werden. Schreibt sehr nette Briefe mit Interesse. Möchte ihre Erlebnisse hier noch nicht schildern; hat das Gefühl, es wären so manche Verwandten hier gewesen und nicht zugelassen.

7. VII.: Dringt auf Entlassung, die Besserung nimmt zu. Ueber ihre krankhafte Vorstellungen spricht sie ungern. Hält daran fest, läßt sie sich ausreden, um sie später mit kleinen Variationen wieder anzubringen. Sie verstehe nicht, weshalb sie nicht entlassen werde, vermutet anscheinend, daß der Arzt sie auf Wunsch des Mannes noch zurückhalte. Schreibt viele geordnete Briefe an ihre Nichte und kümmert sich um die kleinste Angelegenheit ihrer häuslichen Wirtschaft.

In den nächsten Tagen stellt sich eine deutliche Hypomanie ein. Bei einem Ausgang in die Stadt macht sie unverhältnismäßig kostspielige Bestellungen, vom Garten aus schmuggelt sie Briefe mit Kommissionen durch. Ueber solches Verhalten zur Rede gestellt, sucht sie sich mit scherzhaften Ausreden zu entschuldigen. Die Aerzte behandelt sie etwas überlegen. Nach Stimmen gefragt, gibt sie an, keine unnatürlichen Stimmen zu hören. Das, was sie draußen höre, würde wirklich gerufen. Auf eine Erörterung darüber, ob das Gehörte

sich auf sie beziehe, will sie sich nicht einlassen. Die vergnügte Stimmung hält nun aber nicht lange an. Schon am 20. fängt sie wieder an mißtrauische Aeußerungen fallen zu lassen, will jeden Brief ihres Mannes lesen, meint, er wolle sich scheiden lassen, um eine andere zu heiraten. Ebenso scheint ihr das Verhalten des vorher sie behandelnden Arztes nicht ganz arglos. Im übrigen spricht sie immer in Andeutungen, „da man jadoch alles wisse". Sie ist dabei so erregt, daß sie abends längere Zeit im Bad gehalten werden muß.

Am 1. VIII. zeigt die Kranke eine ausgesprochene Hemmung. Sie gibt selbst zu, traurig zu sein und sich „gehemmt" zu fühlen. Sie höre nur wirkliche Stimmen, wolle sie aber nicht auf sich beziehen. Nach wenigen Tagen schon, am 8. geht die Depression zurück. Sie ist äußerlich wieder durchaus geordnet, benimmt sich jedoch etwas formell. Sie gibt zu in den traurigen Tagen Stimmen gehört zu haben. Die Krankhaftigkeit dieser Erscheinungen erkennt sie jetzt an. An den Einbildungen gegen ihren Mann hält sie jedoch fest. Er habe auf der Straße Leute angestellt, die sie beobachten sollen. Früher habe sie beim Ausgehen darum immer dunkle Kleider getragen. Erst kürzlich habe sie es wieder gemerkt. Sie sei mit der Wärterin spazieren gegangen, da habe man ihr zugerufen „Theater, Theater". Genau wüßte sie die Bedeutung dieser Worte nicht, doch habe ihr Mann sie wohl damit prüfen wollen. Im übrigen liest sie, korrespondiert mit den Kindern und zeigt auch sonst verschiedene Interessen. In den nächsten zwei Wochen bessert sich der Zustand immer mehr. Die Beziehungsideen gegen den Mann werden jedoch kaum korrigiert. Sie scheint ihre Grundlosigkeit zuzugeben, erweckt aber den Eindruck dabei zu dissimulieren. Ein Brief, den der Arzt gerade in der Hand hält, genügt, um all ihre Wahnideen zum Vorschein kommen zu lassen. Die Besserung trägt einen leicht hypomanischen Charakter, sie ist etwas unternehmungslustig und spricht immerhin viel, wenn auch in geordneter Weise.

Im September wird sie vom Manne heimgeholt.

III. Aufnahme. 17. IX. 1903.

Patientin wird vom Manne in die Klinik gebracht. Er berichtet, daß sie nach der letzten Entlassung normal gewesen sei, keinerlei Stimmungsschwankungen gezeigt und ihren Haushalt gut geleitet habe. Vor wenigen Tagen aber wäre sie wieder unruhig geworden, besonders am Morgen. Sie fing an mit vielen Worten über ihre Leistungsunfähigkeit zu klagen, sie könne ihre Kinder nicht recht erziehen, ihnen keine rechte Mutter sein. Sie habe zu wenig Glauben, der Satan habe sie in den Klauen und lasse sie nicht los. Der Schlaf in den letzten Nächten war schlecht.

Patientin macht bei der Aufnahme einen sehr deprimierten Eindruck; nur mit Mühe unterdrückt sie die Tränen. Sie gibt selbst zu, „hier herein“ zu gehören und bringt mit kleinen Variationen die vom Manne geschilderten Klagen vor. Ihr Verhalten in den folgenden Tagen ist ruhig und besonnen, sie ist zugänglich und höflich. Aus den Klagen, die sie in mühsam akzentuierender Weise bei jeder Visite äußert, geht hervor, daß sie sich nach wie vor Sorgen um ihre Familie macht, und um ihre Krankheit, die sie nach jeder Richtung hin analysiert. Hin und wieder macht sie selbst den Versuch sich zu zerstreuen, indem sie z. B. Zeitungen liest, manchmal gelingt ihr dies auch. Häufig könne sie jedoch das Gelesene „nicht recht auffassen“. In der Nacht zum 27. IX. wird Patientin plötzlich unruhig. Sie verläßt das Bett ,geht den rechten Arm bedeutungsvoll erhoben mit langsamen, oft innehaltenden Schritten umher. Ihr Gesichtsausdruck ist ängstlich, ratlos, sie frägt den Arzt „Was ist, was geht vor?“ Als er nach kurzer Abwesenheit zu ihr wieder zurückkommt, „Wie konnten Sie so schnell da oben herumkommen“, dabei weist sie auf die Decke.

Die folgenden Wochen hindurch, 27. IX. bis 30. X., ist Patientin meist gehemmt, dabei zeigen sich ausgeprägte Tagesschwankungen. Am Abend ist die Patientin meist freier, oft sogar heiter. Ihr Sprechen erscheint noch mehr erschwert als früher. Ihr Blick ist zuweilen durchdringend tiefernst. Sie klagt: „Ich muß in eine andere Umgebung, ich verstehe alles nicht.“ „Was ich mir abends vornehme, wird morgens vereitelt. Man hemmt meinen Willen.“ „Ich höre sehr viele Stimmen und diese Stimmen verwirren mich.“ (Wessen Stimme?) „Patientinnen.“ (Was sagen sie?) „Das verstehe ich nicht.“ „Daraus werde ich nicht klug. Und doch geht etwas vor, was mit meiner Person zusammenhängt.“ „Aber ich kann nicht begreifen, daß dies ein Narrenspiel ist, dazu ist es zu ernst. Heraus will ich aus diesem Zustande in eine Tätigkeit.“ Hin und wieder in ihrem Verlangen nach Veränderung querulierend. Gegen Mitte des Monats nimmt die Hemmung ziemlich rasch ab. Patientin zeigt ein ruhiges, überlegenes, wenig entgegenkommendes Verhalten. Bei ihren Mitpatientinnen macht sie sich durch bissige, spöttische Bemerkungen unbeliebt. Dem Arzt reicht sie bei der Begrüßung die Fingerspitzen, nennt ihn mit vielsagendem Lächeln „Herr Oberin“. Die Oberin „Frau Doktor“. Auf die Frage, was das heißen solle, „Nun Sie haben doch ihre Rollen vertauscht“. „Hier in diesem Haus vertauscht man doch viel die Rollen.“ Weiter ist diesmal bei ihr darüber nichts zu erfahren. Am nächsten Tag erklärt sie auf Befragen: „Es kam mir schon so oft vor, daß man Herr Oberin hier

gesagt hat.“ Auf die Bemerkung, daß dies doch ganz widersinnig sei: „Warum denn, es wird doch immer gesagt, ich soll mich an Frau Oberin wenden. Ich will nicht glauben, daß man mich verderben will.“ Hin und wieder macht sie ein Wortspiel. Auf die Frage, ob ihr Zustand noch oft wechselt, „Nun hier haben doch viele das Wechselfieber“. Einsichtslos drängt sie fort und äußert eine Menge Wünsche. Dieser Zustand dauert bis zum 4. XI. In den nächsten zwei Tagen ist sie freundlicher, stiller. Ihre Gespräche werden weniger anzüglich, mehr allgemein, ihre Wünsche klingen bescheidener. Man möchte ihr, wenn es möglich wäre, ihre Briefe uneröffnet geben, sie sei nicht so krank. Auch wäre ihr Zustand den Angehörigen ja bekannt. Es folgt nun eine dreitägige mittelschwere Depression, die von einem schweren Erregungszustand abgelöst wird, der mit kurzen Unterbrechungen etwa 4 Wochen anhält.

In den ersten Tagen des Novembers äußert sich Patientin in typisch depressiver Weise. Sie fühle sich so flügellahm, habe keine Hoffnung mehr: „Ich weiß gar nicht, was hier vorgeht, es ist alles so leer . . . so leer.“ Seufzen und lange Pausen unterbrechen ihre Klagen. „Es . . . ist . . . mir so schwer. Das ist ein grausames Spiel, ich weiß gar nicht, wie ich mich benehmen soll. Was für die andern angeordnet ist, beziehe ich alles auf mich.“ Nach ihren Halluzinationen gefragt, „Mir war es, die Kinder, dort waren sie alle, da draußen als wären alle tot.“ Ihr äußeres Verhalten entspricht ihrer Stimmung. Zusammengesunken und schlaff sitzt sie im Lehnstuhl, reicht sie einem die Hand, so sieht sie sich nachher ganz verständnislos an. Die Bewegungen sind meist kraftlos, matt, manchmal nimmt sie etwas Theatralisches, Pathetisches an. Nach einer unruhigen Nacht, in der sie wenig geschlafen, ist sie am Morgen (10. XI.) in gereizter Stimmung, unzugänglich, zornig: „Ich weiß nicht, wozu bin ich noch hier, wielange soll ich hier gefangen gehalten werden. Ich werde alles hinwerfen.“ Wirft einen Teller auf den Boden. Am Abend ist sie etwas ruhiger, sieht ein, daß sie aufgeregt war. In den nächsten Tagen nimmt die Erregung einen ängstlichen Charakter an, sie halluziniert viel, ißt nicht, weil es ihr verboten wird. Hört die Kinder rufen, sieht die Handschuhe der Kinder in der Luft. Zum Arzt: „Ich bin in einer Löwengrube, hören Sie, wie sie brüllen. Lassen Sie mich hinaus, ich will nach Paris gehen, Herr Doktor. Sie müssen mir den Weg beschreiben. Ich will jeden Tag gehen, soviel ich kann, ich will zu meinen Kindern, hören Sie, wie sie rufen. Ach Gott, sie müssen alle sterben.“ Beim Sprechen sieht sie sich ängstlich um, weicht jeder Berührung aus. Fragen beantwortet sie, aber erst nach langen Pausen, in

denen Bewegung und Gesichtsausdruck ihre Ratlosigkeit und Schwerbesinnlichkeit verraten. Auf das Lachen einer Maniaca, die in ihr Zimmer tritt, reagiert sie mit Angst und Entrüstung. „Wie kann man lachen, wenn ein Mensch sich so quält."

Am 19. XI. ist sie etwas ruhiger, hört jedoch immer noch ihre Kinder draußen rufen. Am Abend dieses Tages macht sie einen traumhaft verworrenen Eindruck. Frägt den Arzt: „Kennen Sie . . . den Großherzog . . . sagen Sie ihm . . . daß ich um Verzeihung bitte . . . wegen der vielen Mühe, die ich gemacht." An den folgenden drei Tagen deutliche Besserung. Patientin ist nicht mehr so ängstlich, beschäftigt sich ein wenig, ist besser. In der Nacht zum 24. XI. trifft der Arzt Patientin in einem Buche lesend. Auf die Frage, warum sie nicht schlafe, antwortet sie lächelnd, sie hätte schon vorher geschlafen, würde es auch später wieder versuchen. Auf die Frage, ob sie ein Schlafpulver wolle: „Nein, ich möchte gern wissen, wieviel Jahre Sie mich hier schon haben verschlafen lassen?" (?). „Ja, sagen Sie mir doch, Herr Doktor, wieviel Wochen gehen eigentlich bei Ihnen auf einen Tag und eine Nacht? Bei dieser letzten Frage zeigt sie wieder ihr geheimnisvolles, vielsagendes Lächeln.

Bis in die ersten Tage des Dezember ist Patientin wieder sehr gereizt, dabei eigentümlich ironisch. Sie wirft dem Arzt vor, daß er ihre Kinder nicht zu ihr gelassen, die sie unten gehört habe. Sie droht alles zu zerschlagen, wenn man sie nicht in ihr Zimmer lasse, wirft auch gelegentlich einen Teller auf den Boden. Dann wieder bittet sie den Arzt um Aufklärung; sie sei von Rätseln umgeben. Am 9. XI. hat sie sich soweit beruhigt, daß sie sich mit einer Handarbeit beschäftigen kann. Eine Einsicht für ihre Krankheit besteht nicht, sie glaubt sich noch immer von Rätseln umgeben und wartet auf Aufklärung. Bis zum Verlassen der Anstalt — sie wird gegen ärztlichen Rat am 29. XII. vom Manne nach Haus genommen — zeigt sie ein typisch hypomanisches Wesen. Vergnügte Stimmung, Freude an harmlosen kleinen Witzen. Sie macht sich viel mit den Weihnachtsgeschenken zu schaffen und betreibt energisch ihre Entlassung.

Das freie Intervall beträgt $7^1/_2$ Monate.

IV. Aufnahme. 5. VII. 1904.

Bei der Aufnahme still und ruhig. Ueber ihrem Wesen liegt etwas Traumhaftes. Ihre Auffassung ist sichtlich erschwert, sie beantwortet Fragen über Orientierung richtig, jedoch sehr langsam. Am nächsten Morgen (6. VII.) ist sie etwas freier, gibt ausführlich über die Zwischenzeit und den Wiederbeginn ihrer Erkrankung Auskunft.

Seit der Entlassung habe sie immer mal Nächte gehabt, in denen sie schlecht geschlafen. Um Ostern fühlte sie mehrere Wochen hindurch, wie ihr alles schwer fiel, doch konnte sie sich soweit zusammennehmen, daß die anderen nichts merkten. Seit ungefähr 12 Tagen sei sie unruhig; eine Nichte, die sich angeblich zu ihrer Hilfe im Hause aufhalte, mache sie unruhig. Die Nichte sei wohl „herbeigelotst" worden, um ihr eine Falle zu stellen. Sie sollte sollte soweit kommen, daß sie sich äußere und sie hergebracht werden könne. Ihr Mann stecke wohl dahinter. Ihre Stimmung war in den letzten Tagen meist traurig. Manchmal hatte sie jedoch das Gefühl, als ob sie ganz empfindungslos wäre. Wie bei den früheren Anfällen hatte sie auch diesmal das ausgesprochene Gefühl des „Gehemmtseins". Sie hörte Stimmen, und zwar ganz deutlich, sie hätte sich zusammengenommen, darauf nicht geachtet, aber „ich bin dann so willenlos". Alles, was die Stimmen sagten, bezog sich auf sie. Oft hörte sie den Namen „Niniveh", und „Du bist ja in Niniveh". Sie weiß selbst nicht, was das bedeutet. Als sie einmal auf dem Balkon stand, hörte sie „Der Nachen schwankt". „Zu allererst hat man mich nachts einmal aus dem Bett gezogen" (?). „Ich hatte den Zwang, ich mußte auf die Terrasse, aber ich bin nicht herausgegangen." (Gezogen?) „Ja, denn es war nicht mein Wille, denn ich wollte ja schlafen. Wie durch Suggestion ist es, ich muß ja oft etwas tun, was nicht mit meinem Willen ist."

Aehnliche andere Erlebnisse: Sie empfindet z. B. vor zwei Jahren den „Zwang in ein Nebenzimmer zu gehen, führt dies auf Suggestion des „Herrn G." zurück. Man könne ihre Gedanken erraten, sie gibt das auf Befragen zu. Als Beispiel führt sie an, „Wenn ich etwas holen wollte, brachte es mir jemand schon entgegen." In den folgenden drei Tagen verschlimmert sich der Zustand der Patientin. Sie wird unruhig, gereizt, zertrümmert eine Fensterscheibe, reißt einer Mitpatientin die Bettdecke weg. Ihr Benehmen ist oft recht theatralisch. Dem Arzt macht sie den Vorwurf: „Ich will ja nicht Ihr Versuchskaninchen sein. Frieden wollte ich und Ihr wollt Krieg. Laßt doch genug sein des grausamen Spiels. Laßt Frieden sein." Zeitweise liegt etwas Traumhaftes über ihrem Wesen.

Am 10. VII. hatte sich ihr Zustand soweit gebessert, daß sie in ein Privatzimmer gebracht werden konnte. Sie ist damit recht zufrieden, benimmt sich auch zwei Tage hindurch ziemlich korrekt. Dann aber fängt sie an, rücksichtslos und anspruchsvoll zu werden. Die Mitpatientinnen kritisiert sie in beleidigender Weise. An den Arzt wendet sie sich mit tausend Wünschen. Wird ihr etwas versagt, so zieht sie sich beleidigt zurück. Im Garten will sie dem

Gärtner ins Handwerk pfuschen, er sei ein Tölpel und sie verstünde alles viel besser. Hin und wieder macht sie treffende Bemerkungen. Diese hypomanische Stimmung hält ohne wesentliche Aenderung bis zum Ende des Monats an. Ihr Verhalten zu den Mitpatientinnen wird etwas weniger schroff, sie findet sogar Damen, denen sie sich näher anschließt. Sitzt auch einmal, statt störend in die Arbeit anderer einzugreifen, ruhig bei einer Handarbeit. Gegen den Arzt, den sie voller Vorurteile gegen sich hält, ist sie meist ablehnend, nur hin und wieder freundlicher. Einer längeren Aussprache würdigt sie ihn nicht. Trotzdem verraten sich ihre alten paranoiden Ideen in einzelnen Aeußerungen, z. B. „Herr G. fühlt sich sehr als Herr der Situation." „Das Verhältnis darf nicht so weiter bestehen, zu zu erbärmlichen Mitteln wurde gegriffen." „Herr G. ist vielleicht durch ein Verhältnis gebunden." Sie will nicht mehr nach Hause zurückkehren, in einem Briefe spricht sie die Ansicht aus, allein mit ihrem Kinde in eine einfache Pension in Heidelberg ziehen zu wollen. Sie protestiert gegen ihre „Gefangenschaft" und dringt auf Entlassung.

Am 4. IX. tritt ein ziemlich plötzlicher Umschwung ein. Patientin, die die letzten Tage hindurch typisch hypomanisch gewesen war — in ihrer leicht gehobenen Stimmung hatte sogar der Groll gegen die Aerzte etwas nachgelassen und sie verhielt sich auch zu ihnen freundlicher und liebenswürdiger — ist an diesem Tage deutlich gehemmt und traumhaft versonnen. Sie gibt an, Stimmen gehört zu haben, und zwar Kinderstimmen. Am nächsten Morgen ist sie noch immer gehemmt, jedoch etwas mitteilsamer, dabei deutlich ideenflüchtig. Sie zeigt die Neigung, hinter harmlos gemeinten Aeußerungen etwas Besonderes zu suchen. Ueber die Stimmen, die sie am Vortag gehört, berichtet sie: „Du nimmst mir die Sonne; ein Kind sprachs zu mir und ich hatte das Gefühl, als ob es das auch schon früher ausgesprochen hätte. Ferner: „Der Sir wird heute Abend sein Urteil abgeben." „Wer war das, Bonhöffer?" Sie beklagt sich, daß die Aerzte ihre Fragen nicht direkt beantworten, sondern durch Wärterinnen und Kranke beantworten ließe." Sie klammert sich an irgendeine Aeußerung des Arztes. „Was soll das heißen." Ohne weiteren Anlaß erzählt sie, daß am Todestage ihres Bruders ein Vögelchen ans Fenster gekommen sei, es sei dies sicher ein übernatürliches Zeichen, man dürfe es nicht profanieren, indem man darüber spricht. In den nächsten Tagen ängstliche Unruhe: „Die Hetzjagd und die Jagdhörner lassen mich nicht schlafen." Auf die Frage, wie es ihr ginge: „Eben ists fürchterlich, ich möchte so schreckliche Sachen nicht aussprechen." „Sie wollen mir das Herz nicht herausreißen." Sie widerstrebt mißtrauisch den Verordnungen

des Arztes, will nicht ins Bett. Sie sei nicht krank. Wie der Arzt das meint, daß sie im Bett bleiben müßte. Am 27. IX. wird eine deutliche Besserung des Zustandes konstatiert. Es stellt sich wieder eine typische Hypomanie ein.

In diesem Zustand wird sie heimgeholt, wird jedoch nach einigen Tagen zurückgebracht.

V. Aufnahme. 9. X. 04.

Schon am 9. X. 04 wird Patientin wieder in die Klinik gebracht. Die heitere Stimmung hätte schon auf dem Heimweg umgeschlagen, sie wäre wieder traurig geworden, zu Hause habe sie Eifersuchtsideen geäußert und Stimmen gehört.

Patientin ist orientiert, faßt gut auf und gibt demgemäße Antworten. Sprechweise und Gebärden sind bei gleichzeitiger Hemmung maniriert, theatralisch. Bis zum 13. X. hält dies Verhalten tagsüber an. Nachts ist sie dagegen meist unruhig, läuft aus dem Bett, reißt ihr Bettzeug auseinander, wirft auch gelegentlich einer Nachbarin, die sie durch ihr Singen stört, eine Tasse an den Kopf. Bei einer längeren Unterredung ergibt es sich, daß sie halluziniert, sich beeinflußt fühlt und eine intensive innere Unruhe empfindet. Ihre Angaben sind ideenflüchtig, folgen offenbar äußeren Assoziationen, so daß sie nicht ganz zuverlässig erscheinen. Auf die Frage, ob sie Gestalten sehe: „Ich habe gestern ein Roß und zwei Reiter gesehen, zwei Reiter und die Reiterin.“ Sie spricht in ihrer theatralischen Weise und steigert sich dabei so in den Affekt hinein, daß sie schließlich den Eindruck einer „Tragödin“ macht, so z. B. als sie ihre Gehörshalluzinationen angibt, von denen manche so gelautet hätten: „Wir wünschen Mutter.“ „Elsa von Brabant.“ „Ehe die Sonne untergeht, ehe der Tag sinkt, wehrt, helfet.“ Sie sagt: „Warum habe ich diese Angst.“ Auf die Frage, ob sie auch jetzt etwas höre: „Und diese Schläge alle, dieses Pochen hinter den Bildern im Saal, ich weiß nicht ein noch aus.“

Am 13. XI. ist sie seit dem frühen Morgen laut, singt, tanzt durchs Zimmer. Dem Arzt ruft sie mit einem Blick auf dessen Stiefel zu: „Da hast ja blankgeputzte Stiefelchen an.“ Macht noch ähnliche Scherze. Ihre Art zu sprechen, ihre Gesten bleiben auch in den nächsten Tagen maniriert. „Das theatralisch Tragische weicht einem kindischen Wesen.“ Wie ein Kind schreit sie laut, macht ulkige Grimassen, ahmt einer Kuh nach. Sie fängt an zu verbigerieren. „Robert der Teufel.“ „Es regnet.“ Sie stößt schrille Laute aus. Der Erregungszustand wird zuletzt recht unproduktiv. Hin und wieder vollführt sie wieder ganz impulsive Handlungen. Stürzt z. B. auf eine Kranke los, um sie zu schlagen. Schüttet den Kaffee auf den

Boden. Es ist schwer sich mit ihr in Beziehung zu setzen. Sie scheint, soweit man es aus ihren Mienen beurteilen kann, gut aufzufassen, doch erhält man keine Antwort. Höchstens reagiert sie mit einer Aeußerung, die an sich nicht unsinnig ist, aber der Frage nicht entspricht; z. B. (Wie geht es Ihnen?) „Das ist Stationswärterin Anna. Fräulein kommen Sie her.“ Mit aufeinandergepreßten Zähnen flüstert sie ängstlich: „Ihr hypnotisiert mich.“ Die Grundstimmung ist bei aller Ausgelassenheit deutlich ängstlich. Die Krankengeschichte hebt immer eine merkbare Hemmung bei aller Erregung hervor. Ihr Ausdruck ist häufig ratlos. Die Sprache deutlich erschwert. In den letzten Tagen des Novembers klingt die Erregung ziemlich rasch ab. Die Hemmung hält noch einige Tage länger an. Am 3. XI. erst ist es möglich, sich ziemlich eingehend über ihren Anfall mit ihr zu unterhalten. Sie erinnert sich der Vorgänge ganz genau. Auf die Frage, warum sie dies und jenes getan, erhält man immer die Antwort, daß sie's tun mußte, nicht anders gekonnt hätte. Sie sagt: „Ich war vollkommen willenlos, gehemmt und doch mitunter furchtbar erregt.“ Oder: „Das war ein Trieo, dem ich nicht widerstehen konnte.“ Ueber ihre Gehörshalluzinationen befragt, antwortet sie: „Ich hörte sehr viele Stimmen, die ich genau unterscheiden konnte. Mein Gehör war sehr geschärft. Zum Teil waren es jedoch Worte gewesen, z. B. Hakbaba, Delila (Worte beim Auslegen und Einlegen der Thora). Als Urheber der Stimmen werden Verwandte und Patienten angegeben. Hinzuzufügen ist, daß Patientin diese letzteren für Verwandte hielt. „Ich vermutete in den anderen Patienten Verwandte und Bekannte und ging an deren Bett.“ Ihre Gesichtshalluzinationen bringt sie selbst zur Sprache, indem sie um Aufklärung dessen bittet, was sie vor dem Fenster gesehen. „Es ging alles so rasch, seit einigen Tagen beobachte ich das. Es sind vermummte Gestalten in Gummimänteln, auch in Droschken“ (?). „Ich vermute unter diesen Maskeraden Verwandte, nicht erst seit gestern.“ Gewiß ist sie dessen nicht. Sie bittet ausdrücklich um vollständige Klarheit. Sie führt noch andere Erscheinungen an. „Ich habe einem Kind, das einen Postkasten gezogen hat, Lily zugerufen. Ich vermutete darunter meine kleine Lily. Ich rief ihr zu; einen Tag vorher habe ich sie in einem blauen Kleidchen hier herein springen sehen. Ich bekam auch sehr viele Schlafmittel“ (?). „Ich habe geschlafen und in diesem Zustand hörte ich sie singen und sah sie hereinspringen.“ Ferner: „Sie haben auf einmal ein Spiel im Garten aufgeführt, Patientin, Wärterin und Arzt. Ich hörte auch Ihre Stimme. Es ging sehr laut zu. Ich wäre gerne ans Fenster gegangen, aber ich war zu schlafsüchtig.“ Sie spricht von „Gefühlen“, die sie hat. „Heute früh hatte ich das

Gefühl, vielleicht haben Sie es auch gesagt, man muß ihr endlich die Wahrheit sagen" (?). „Dadurch, daß mir einzelne Worte gesagt wurden, mit denen ich nichts anzufangen wußte, so z. B. „Chochem", „Heute früh hatte ich, ich weiß nicht warum, das Gefühl, daß Herr Direktor Müller von der Schaffhausener Anstalt hier ist, um einer Verhandlung beizuwohnen (?)". „Ich weiß selbst nicht, jedenfalls glaube ich es jetzt nicht mehr." Sie hat Krankheitsgefühl, aber keine Einsicht.

Am 6. XI. antwortet sie auf die Frage, wie es ihr geht: „Gut, doch hängt das von Ihnen ab, wenn Sie mich nicht durcheinander machen." In der Nacht zum 8. XI. stand sie einige Male auf. Sie hörte wieder Stimmen. „Ich hörte eine Stimme, die rief: Joel. Ich war glücklich wie ein Kind. Es rief Joel hier. Gestern hörte ich eine Stimme, die sagte: Meine Mutter sei sehr krank. Das muß aufhören. Ihr habt mir ein Pulver gegeben . . . und ich war glücklich wie ein Kind. Ich meinte, daß mein Glück sich auf Euch mitteilen müßte." Die folgenden Wochen hindurch halluziniert sie dauernd. Ihr Wesen ist ängstlich, unfrei. Der Gesichtsausdruck ist ratlos. Die Sprache zögernd. Sie führt mit den Händen sich immer wiederholende Bewegungen aus, die stoßweise vor sich gehen. In den Tagen vom 15. bis zum 19. XI. wird ihr Wesen zunehmend freier, und schlägt schließlich wieder in eine Hypomanie um, die etwa 4 Wochen anhält. Sie ist sehr vergnügt, steht früh auf, gibt sich viel mit ihrer Körperpflege ab, liest, macht Handarbeiten, neckt sich mit allen Leuten herum, schneidet z. B. den Aerzten aus den Zeitungen Heiratsannoncen heraus. In den letzten Zeiten ihres hypomanischen Studiums drängt sie ziemlich ungeduldig heim. Am 15. XI. ist Patientin sehr erregt, da Nachrichten von zu Hause fehlen. Sie verlangt, daß man ihr den Brief ihres Mannes gebe, der bei den Akten liege und den man ihr nicht vorenthalten dürfe. Am nächsten Morgen, den 16. XII., zeigt Patientin ein völlig verändertes Wesen, ihr Gesicht sieht schlaff und gealtert aus, sie macht einen unruhigen und unsicheren Eindruck. Sie merkte deutlich, daß sie wieder beeinflußt werde, man wolle sie nicht zu Weihnachten nach Hause lassen, worauf sie sich so gefreut hätte, sie sei wieder krank. Es gehe hier nicht mit rechten Dingen zu. Sie habe schlecht geschlafen, was das bedeute. Anstatt des einen Arztes, hätte sie bei der letzten Aufnahme ein anderer empfangen. Die Wärterin habe ihrem Verlangen, unter dem Bett nach toten Mäusen zu sehen, nicht gefolgt. Das hätte alles seine besondere Bedeutung. Sie hätte wieder einen Namen gehört „Stumbu". Am Nachmittag will sie den Arzt wieder nach vielem fragen, sagt aber immer nur: „Was wollte

ich Ihnen sagen? Sie wissen ja, was ich Ihnen sagen wollte und was ich jetzt vergessen habe" u. a. m. Am Abend bricht die Erregung aus. Sie dauert bis zu Mitte Januar. Patientin ist wieder sehr laut, schreit, stößt laut schrillende Töne hervor, macht dabei einen ängstlichen Eindruck. Bei jedem Geräusch schreckt sie zusammen, lauscht unruhig nach dem Fenster hinaus, hört ihre Kinder rufen. Zuweilen macht sie alberne Scherze. Sie sucht dem Arzt den Zwicker herunterzureißen, sie schneidet Grimassen, balanciert auf dem Rand der Wanne, zerschlägt unerwartet Tassen und Teller. Dann gefällt sie sich wieder in theatralischen Stellungen, die sie immer wieder von neuem wiederholt. Bei all dem spricht sie sehr wenig. Manchmal stößt sie ein einzelnes Wort hervor. Wie im vorigen Anfall ist sie auch jetzt recht unzugänglich, zeitlich und örtlich ist sie orientiert. Mitte Januar stellt sich wieder das hypomanische Stadium ein. Im März bemerkt man ein starkes Hervortreten ihrer alten paranoiden Gedanken. Ihr Mann hätte sie durch Beeinflussung krank gemacht, er habe ihre Nichte ihr vorgezogen, sie wolle eine vollkommene Aussprache mit ihrem Mann. Nur so wäre es vielleicht möglich, die Dinge ins richtige Geleise zu bringen. Sie ist völlig einsichtslos. Gerade wenn sie gesund sei, müsse sie sich mit diesen Gedanken abgeben. Sie äußert ihre Wahnideen mit tiefem Affekt und erregt sich beim Sprechen immer mehr, fängt schließlich an zu weinen. Als ihr Mann sie am 25. März besucht, macht sie ihm heftige Vorwürfe. Am folgenden Tag beginnt wieder der Anfall, der etwa bis zum 6. IV. dauert. Die Erregung scheint diesmal weniger unproduktiv gewesen zu sein, da Ideenflucht und Ablenkbarkeit hervorgehoben werden. In den folgenden zwei Wochen hindurch, ist Patientin deutlich gehemmt, sie gibt an Mutter und Kinder zu hören, ihre Sprechweise ist langsam und maniriert. Seit dem 20. IV. wieder hypomanisch. Sie drängt ungeduldig fort, man mache sie krank, indem man sie nicht zur rechten Zeit entläßt. Der Anfall wäre nicht gekommen, wenn sie früher die Anstalt verlassen hätte. An ihren Wahnideen hält sie auch jetzt noch fest. Am 10. V. geht sie mit ihrem Mann nach Baden, am 27. V. wird sie wieder in die Klinik zurückgebracht.

Frau G. hat in den ersten Tagen dem Manne Vorwürfe gemacht, sich aber dann recht liebenswürdig benommen. Erst als sie wieder nach Hause kam, trat ein unerträglicher Zustand ein. Sie ließ nichts in Ruhe geschehen, hatte an allem auszusetzen, am meisten an der Haushälterin. Ihr Zustand bei der Aufnahme ist typisch hypomanisch.

Am 3. VII. zeigt die Kranke wieder ein verändertes Wesen. Ihre Sprache ist deutlich gehemmt, ihre Bewegungen sind hastig und

unruhig. Wieder scheint ihr alles „verdächtig“. Wer diesmal den Aufnahmeantrag gestellt hätte. Warum das Bezirksamt ein Schreiben gegen sie erlassen hätte. Es entwickelt sich wieder ein „Anfall“, diesmal in milderer Form als sonst.

Vom 17. VII. sind einige Aeußerungen der Patientin notiert. „Ich bin nicht krank, es ist ein schwerer Kampf, der doch endlich ausgekämpft werden soll. Ich wäre längst bereit für andere zu sterben, es soll nicht sein.“ Sie sagt das alles ruckweise, abgesetzt. Ihr Gesichtsausdruck ist etwas erstaunt, verwundert. Am 21. VII. ist die Erregung wieder vorbei. Es folgt ein Zustand deutlicher Hemmung, der bis zum 26. anhält. Wiederholt erkundigt sie sich mißtrauisch nach dem Urheber ihres Aufnahmeantrages und nach dem Schreiben des Bezirksamtes. Vom 27. VII. an leicht hypomanisch. Sie gibt sich viel mit ihren Wahnideen ab, die sie offenbar gern verbergen möchte, durch Fragen aber, die sie hin und wieder stellt, verrät sie sie doch. Ebenso gelegentlich der Visite, bei der sie so in Erregung gerät, daß sie zu dissimulieren aufhört. Sie werde absichtlich vom Manne in der Klinik behalten, sie werde kränker hingestellt als sie sei. Das Bezirksamt habe allerlei Schreiben hinterlassen, die verdächtig wären. Als man ihr vorhält, daß sie in einem Brief ihre 10 jährige Tochter dazu anhält, die Gesinnungen der Erwachsenen zu erforschen und sie ihr dann mitzuteilen, wird sie sehr erregt. Nicht sie habe ihr Kind falsch erzogen, schon mit 3 Jahren habe man ihm ganz furchtbare Dinge gesagt, man solle ihre Aufregung nicht für krankhaft halten, sie sei natürlich, wenn man solche Dinge erlebt hätte wie sie. (Im Jahre 1897 als die Kleine 3 Jahre alt war, war Patientin schon psychotisch.) Am 5. VIII. Besuch des Mannes. Am Nachmittag desselben gerät Patientin wieder in ihren Erregungszustand, sie war jedoch 2 Tage vor dem Besuch schon recht unruhig. Es waren ihr wieder merkwürdige Dinge zugestoßen. Eine Dame hätte plötzlich bei Tisch gesagt: „Napoleon, Frankreich, seine Lorbeeren kann man ihm nicht nehmen.“ Sie habe gleich geantwortet: „Er ist tot.“ Diese Bemerkung sollte auf ihren Mann anspielen, der auf Reisen sei. Eine mächtige Suggestion wirke auf alle Leute ein, die dadurch gezwungen würde Dinge zu sagen, die ihr, der Kranken, gelten. Trotzdem sie diese paranoiden Ideen ernsthaft meint und bei ihrer Darlegung sehr erregt ist, ist sie leicht ablenkbar. Ferner hätten die Glocken in der Nacht eigentümlich geschlagen, eine Grille hätte gezirpt. Diese Beobachtungen bringt sie etwas scherzhaft vor. Der nun folgende Erregungszustand gleicht im wesentlichen allen früheren. Sie ist nicht so unzugänglich wie sonst. läuft bei der Visite durch alle Säle mit, mischt sich in

alle Gespräche ein und ist sehr ablenkbar. Hin und wieder liegt über ihrem Wesen etwas Traumhaftes. An einem Tage wird bemerkt, daß Patientin Frage und Aufforderung nicht zu „perzipieren" scheint, doch ist sie an diesem Tage deutlich gehemmt. Am 22. VIII. wird Patientin plötzlich ruhig, sie liegt dauernd im Bett, bewegt sich nur, wenn sie sich lachend in die Kissen vergräbt. Ihre Stimmung ist deutlich vergnügt. Ihre Augen strahlen und ein glückliches Lächeln folgt allem, was man zu ihr sagt. Sie selbst bringt höchstens ein einzelnes Wort hervor. Am 31. VIII. ist die Hemmung bis auf Spuren — es fehlen ihr hie und da die Worte — das Sprechen ist noch leicht erschwert — vorbei. Sie kann wieder sprechen und tut es reichlich. Sie kommandiert und ist mit allem unzufrieden. Vor allem beschwert sie sich über ihre Internierung. Nur außerhalb der Anstalt könne sie gesund werden. Es entwickelt sich ein typisches hypomanisches Stadium, das etwa fünf Wochen dauert. Dann wird Patientin wieder ruhiger. Es wird ihr sogar freier Ausgang mit einer Wärterin gestattet. Am 1. X. hat sie Besuch von ihrem Manne und ihren Kindern. Am nächsten Tage die übliche Einleitung des Anfalls. Die Dinge sind wieder verdächtig, sie fühlt sich wieder beeinflußt, man raube ihr den Willen, man tue ihr etwas. Beruhigt sich aber noch auf einige Stunden. Die eigentliche Erregung beginnt in der nächsten Nacht. Sie habe Stimmen nachts gehört, fremde Stimmen, ein Wort höre sie noch, es war deutlich, sie könne es nicht sagen. Der Anfall hält etwa 3 Wochen an, bis zum 25. X. Der November verläuft ziemlich ruhig. Sie beschäftigt sich wenig, drängt nicht fort. Nur wenn man sie dazu bringt ihre paranoiden Ideen vorzubringen, ist sie erregt. In den letzten Tagen des November ist sie etwas geselliger als vorher, putzt sich auch. In der ersten Hälfte des Dezembers ist die Kranke wieder recht unruhig und gereizt, sie verlangt energisch fort. In Briefen an ihre Verwandten protestiert sie gegen das Verhalten ihres Mannes. Nach einem Besuch ihrer Angehörigen am 10. XII. wird sie wieder so erregt, daß sie ins Bett gebracht werden muß. Bis zum Februar tritt keine wesentliche Besserung ein. Patientin ist gereizt und abweisend, gelegentlich zerbricht sie wieder Tassen und Teller, hin und wieder schieben sich Phasen ausgeprägter Hemmung ein. Der Februar beginnt mit dem hypomanischen Stadium. Patientin ist geordnet, beschäftigt sich mit Handarbeiten, ist recht vergnügt und schmiedet Zukunftspläne. Dann wieder ein zwei Wochen dauernder Anfall. Von einem Tage innerhalb des Anfalls, haben wir eine ausführliche Schilderung ihres Zustandes. (3. März 1906.) Patientin liegt mit geschlossenen Augen, den Kopf auf die Brust geneigt, regungslos da. Der Aufforderung, die

Augen zu öffnen, kommt sie nicht nach. Dies geschieht erst, wenn man den Lidern etwas nachhilft. Darauf sieht sie Referenten mattlächelnd an, mit einem Blick, der wenig Interesse verrät, läßt die Blicke einen Moment im Zimmer umherschweifen, um sie dann wieder zu schließen, jedoch nur soweit, daß das Weiße des Auges noch sichtbar ist. Ab und zu werden die Augen völlig zugekniffen. Der Mund krampfhaft zusammengepreßt. Ihr Gesicht erweckt bald wieder den Eindruck, als wenn sie mit sich selbst spräche. Manchmal bewegt sie flüsternd ihre Lippen. Die Frage, wer Referent sei, beantwortet sie nach längerer Pause mit „Norma", ob sie mit ihm reden wolle, mit Kopfschütteln; ob sie nicht sprechen könne, ebenso. Darauf wendet sie sich ab, kneift die Augen zu, spuckt ins Bett. Aufgefordert dem Arzt die Hand zu geben, reicht sie erst die geballte Faust, dann auf Zureden die Hand. Ob sie gut schlafen könne, „Ja, aber, aber auf Schlafpulver", dann kriecht sie unter die Decke. Im März entwickelt sich ein ähnlicher Zustand wie vor dem Anfall. Sie ist gereizt und unfreundlich. Will alles in Bewegung setzen, damit sie fortkommt. Sie hält daran fest, daß ihre Tochter hier sei. Eines Tages überreicht sie dem Arzt ein Zettelchen, auf dem unverständliche Silben aufgeschrieben sind. Das wäre Volapük. „Notieren Sie sich das, dann können Sie auch den Extrakt herausziehen. Sie verlangt, man soll sie Judith Miriam nennen. Bei einer längeren Unterredung gibt sie an, daß ihr Judith zugerufen worden sei. Auf die Frage, was Miriam bedeute, mint sie, „Sie haben doch die Schule besucht". In demselben Gespräch gibt sie auch über ihre Halluzunationen Auskunft, und äußert auch wieder ihre alten Wahnideen. Sie höre viele Stimmen, mehr als es ihr lieb sei. Sie wisse nicht, ob es Blödsinn sei — sogar abgerichtete Vogelstimmen (draußen zwitschert gerade ein Vogel), die andere besser als sie verstünden. Sie versteht nicht alles, nur ab und zu ein Wort. Aufgefordert zu sagen, was sie jetzt hört, sagt sie „Mir". Daß es abgerichtete Vögel seien, das merke sie an vielem, macht die Beobachtung schon seit längerer Zeit. Im Hause habe jemand die Stimme ihrer Tochter, das beunruhige sie, sie könne es nicht mehr aushalten. „Ich werde verfolgt, es ist kein Verfolgungswahn, es ist Tatsache, daß ich verfolgt werde, wozu dieser ganze Apparat. Parteien, die Wissenschaft verfolgen sie, um Verschiedenes festzustellen. Herr G. spielt dabei eine Rolle, und die beiden Kinder ebenfalls." Sie wird in der Erregung dabei ganz verwirrt. „Je verwirrter sie werde, desto lieber wäre dies einer Partei." Man lese ihr ihre Gedanken aus dem Kopfe, bevor sie ausgesprochen seien. Auf die Heizung blickend, meint sie, dort sei ein Luftschacht, der einen Apparat enthält, der

durch das ganze Haus geht. Wenn die Klappen offen sind, sei es ein Telephon. Worte schallen durch, die sie gut verstehe, sogar in Dialekten. Es seien menschliche Stimmen, keine Geister.

Im April ist die Kranke wieder hypomanisch, im Mai folgt wieder ein Anfall, in dem sie von ihrem „Volapük" reichlich Gebrauch macht. Dann kommen wieder einige Wochen unfreundlichen und abweisenden Benehmens.

Einige Tage hindurch muß sie wegen starker Unruhe auf der unruhigen Abteilung gehalten werden. Wie sie später erzählte, hörte sie wieder viele Stimmen. In den Wolken sah sie allerlei Gestalten, die sich zu ihr in Beziehung setzten. Im Juli ist sie wieder vergnügt, geordnet und wird vom Mann heimgeholt.

Lange konnte sich Patientin zu Hause nicht halten. Schon am 1. VIII. wird sie wieder zurückgebracht. Sie hätte zu Hause nach einigen Tagen geordneten Benehmens ihre alten Wahnideen geäußert, wäre sehr erregt geworden, hätte verwirrt gesprochen. Behauptete die Großmutter zu sein. Bei der Ankunft befindet sich die Patientin in ihrem typischen Erregungszustand. Sie will nicht Frau G. genannt werden, das sei nicht ihr Name. Die Erregung hält etwa bis Mitte September an, dann wird die Kranke ruhiger. Dem Arzt gegenüber ist sie meist abweisend Sie ist mit allem, der Behandlung, dem Zimmer, dem Personal unzufrieden. Sie legt sich oft seltsame Namen bei und läuft zuweilen mit einer Decke phantastisch drapiert im Zimmer umher. Im allgemeinen verhält sie sich geordnet, sucht sich soweit dies möglich in ihrem Zimmer behaglich einzurichten und wacht darüber, daß keine fremde Hand an ihre Sachen kommt. Dieses Verhalten weicht in den ersten Tagen des Oktobers einem Erregungszustand. Sie läuft viel umher, spricht sehr viel und ganz verwirrt. Deklamiert in ihrem Volapük. Gibt verkehrte Antworten, z. B. (wie es ihr ginge) „O, Sie sehen ja, das ist Volapük, das verstehen Sie doch nicht." Es kehrt der alte Zustand von Unzufriedenheit und Gereiztheit zurück. Sie hat trotzdem freien Ausgang und geht viel in die Stadt.

Im November ist sie wieder recht liebenswürdig, gesellig und sehr geschäftig. Am 27. XI. wieder Erregungszustand. Auch diesmal wird ihr Wesen als traumhaft bezeichnet. Sie macht einen besonnenen Eindruck. Die Erinnerung an den Anfall ist lückenlos.

Als der Anfall vorbei ist, liegt sie untätig im Bett. Sie beschäftige sich mit sich selbst, erklärt sie. Sie zeigt manches Auffällige, macht sich eigentümliche Haartrachten, wäscht im Bad ihr Hemd mit der Haarbürste, klebt Annoncen, die Anstalten für Gemütskranke betreffen, an die Wand. Nennt sich wieder Judith Miriam.

Halluziniert andauernd, häufig ist sie ironisch. In den folgenden Monaten immer wieder der Wechsel zwischen Anfall und den verschiedenen ruhigeren Zeiten.

Am 10. V. 1907, als sie wieder leicht hypomanisch war und freien Ausgang hatte, reist sie ohne Erlaubnis nach Heilbronn zu ihrer Mutter. In sehr umsichtiger Weise benachrichtigt sie die Klinik und ebenso ihre Familie in P. Das Telegramm an die Klinik ist mit Judith Miriam unterzeichnet.

Am 15. V. wird sie wieder zurückgebracht. Bei der Aufnahme ist sie in den ersten 10 Minuten ganz vernünftig, dann aber wieder sehr laut, verlangt unbedingt in ihr altes Zimmer. Es folgt ein Erregungszustand, offenbar in der alten Weise.

Bis zum 4. I. 08 ist nichts weiter notiert.

Sie ist in den letzten Tagen meist beschäftigt, liest, macht Handarbeiten. Den Aerzten gegenüber benimmt sie sich etwas überlegen. In nonchalantem Tone läßt sie irgendeine Bemerkung fallen, wie für sich Ueber ihre Krankheit befragt, antwortet sie: „Die unsichtbaren Geister erzählen Tag und Nacht von der Krankengeschichte. Zu lesen bekomme ich sie aber nicht, sonst hätte ich Rezensionen darüber ausgegeben, nicht nur Bulletins. Die lasse ich diejenigen ausgeben, die meine Heilung bewerkstelligen. Sie hängt ihren Wahnideen nach und halluziniert. Einmal sagt sie, sie wäre in einer Puppenklinik (?). „Zur Hebung der Industrie", Aufschluß darüber erhält man nicht, doch schließen sich an diese Bemerkung andere paranoide Ideen, sie müsse sich gegen die Gedanken wehren, die man ihr übertrage. Man könne ihre Gedanken zwei bis drei Säle hindurch lesen. Ein andermal sagt sie, sie sei hier größtenteils auf einem Maskenball. Dabei ist sie völlig orientiert. Oft äußert sie in diesen Tagen Angstgefühle, sie möchte nicht in den Garten, ihr Leben sei stets in Gefahr. In einem Briefe an ihre Schwester spricht sie ebenfalls von ihrer Angst und begründet dies damit, daß sie Stimmen höre, die ihr nicht bekannt wären.

15. I. bis 18. II. In den nächsten drei Wochen ziemlich ruhig. Ihr Wesen verändert sich, sie ist gegen alle liebenswürdig, entgegenkommend, klagt nicht, und hilft überall mit. Am 9. II. ist sie etwas unruhig, am 10. stellt sich wieder ein Anfall ein. Bei der Beschreibung dieser Erregung ist ihre Verwirrtheit eingehender berücksichtigt. Schon zwei Tage vorher war sie recht unruhig und mißlaunisch gewesen. Am 8. fing sie wieder an verschiedene Beschwerden anzubringen, am 9. sah man sie ruhelos umherlaufen, sie sprach weniger als am Vortage, und schien intensiv mit innern Vorgängen beschäftigt. Am 10. mußte sie wegen ihrer Unruhe zu Bett gehalten werden, doch

gelang dies schwer, da sie motorisch sehr erregt war. Dabei hatten alle Bewegungen etwas Theatralisches. Neben sinnlosen Handlungen, Geschirrzerbrechen, Durcheinanderwerfen der Bettstücke und ähnliches kam es zum Aufführen ganz bestimmter Rollen. Sie war Soldat, und marschierte im Zimmer umher, sang Soldatenlieder, trommelte auf dem Nachttisch. Sie ahmte einen Jongleur nach, der eingebildete Bälle in die Luft wirft und wieder auffängt. Dann wieder kopierte sie einen Klaviervirtuosen. Einmal traf sie der Arzt in der Rolle einer Verkäuferin. Sie hatte ein Polster in der Hand, das sie zum Verkauf anbot. Irgendeine vernünftige Antwort war dabei von ihr nicht zu erreichen. Ein andermal war sie nach ihren eigenen Worten Semiramis, und hatte sich dazu ein rotes Tuch phantastisch um den Kopf geschlungen. Ueberhaupt war sie meist abenteuerlich aufgeputzt und verwendete dabei alles, was sie in die Hände bekam. Strümpfe, Taschentücher, Bettdecken, letztere wurden vorzugsweise zu Königsmänteln verwendet. Sie halluziniert lebhaft und die Grundstimmung war trotz häufigen „Theaterspielens" unlustvoll ängstlich, unsicher, verworren. Es war schwer, sich mit ihr in Beziehung zu setzen, da sie durchaus nicht fixierbar war. Rüttelte man sie aber aus ihrem traumhaften Zustande gleichsam auf, so erfolgte meist unsinnige und dabei deutlich ablehnende Reaktion, so z. B. reichte sie zum Gruße den Ellenbogen, als man die Hand verlangte, sagte sie: „Nun ja", quietscht, zog die Decke über den Kopf und fuhr in ihrem wirren Gerede fort. „Unterfutter, Zwilich, personifizierte Entschuldigung, Klebemittel bleibt immer Fischthran — den geheimen Vehmen in diesen Angelegenheiten." Zendern — Sa-trappan. Als der Arzt sie fragte, wer er sei, sagte sie, „Der Herr Sesus von Vimendafen".

Der weitere Verlauf der Krankengeschichte bringt nun nichts Neues. Sie wird nach Wiesloch gebracht, die neue Umgebung gefällt ihr dort, sie freut sich an der landschaftlichen Schönheit ihres neuen Aufenthaltes, gewinnt sowohl für die Aerzte als für das Personal deutliche Sympathie. Im übrigen bleibt der Zustand der Gleiche wie wir ihn aus der Heidelberger Klinik kennen. Versuche, sie doch wieder zu Hause zu halten, mißlingen, da immer wieder schwere Erregungs- und Verwirrtheitszustände wiederkehren.

## Zusammenfassung.

Die Anamnese und der Krankheitsverlauf der Frau G. lassen sich in folgender Weise kurs skizzieren:

Die Kinderjahre bis zur Pubertät verlaufen ohne irgendwelche Störung. Von der Pubertät an zeigen sich leichte depressive Verstimmungen; über hypomanische Phasen sind wir nur flüchtig unterrichtet. Diese Zustände sind nun von so leichter Art, daß Frau G. mit ihnen gleichsam selbst fertig wird. Mit 24 Jahren heiratet sie und nun stellt sich während der ersten Gravidität 1884 die erste Depression ein, die eine ärztliche Behandlung erfordert. In den folgenden 5 Jahren treten mehrere depressive Anfälle auf, über die wir nichts Näheres wissen. Im Jahre 1889 nach einem Wochenbett verübt die Kranke einen Suicidversuch und wird in eine Anstalt gebracht, hier stellt sich eine deutliche Hypomanie ein. Es folgt nun ein Zeitraum von 11 Jahren, in dem Patientin keinerlei Anstalten aufsucht und über die wir nichts Genaues wissen außer dem einen, daß sie damals nicht ganz gesund war.

Vom Jahre 1900 ab ist die Kranke anstaltsbedürftig. Siehe nebenstehende Tabelle.

---

Während in der Krankengeschichte eine Stellungnahme möglichst vermieden wurde, soweit eine Schilderung ohne Gesichtspunkte möglich ist, ist in der Zusammenfassung unser Standpunkt schon deutlich, denn es geht wohl ziemlich klar hervor, daß wir unseren Fall als zum manisch-depressiven Irresein gehörig ansehen. Es wird nun unsere Aufgabe sein, die Diagnose zu begründen.

Der Begriff des m. d. I. ist in neuerer Zeit mannigfachen Aenderungen unterworfen worden. Ursprünglich wurde — nach Ausschluß jeder organischen Gehirnerkrankung — m. d. I. nur immer dann diagnostiziert, wenn eine Manie o d e r eine Depression vorlag, oder das Vorkommen b e i d e r Zustände aus der Anamnese hervorging — abgesehen von

| Anstaltsaufenthalt. | | | |
|---|---|---|---|
| I. 12. Juni-12. Juli 1900. | Mischzustand 2 Wochen. Hypomanie 2 Wochen. | gebess. entlassen | $11\frac{1}{2}$ Monate. Gesund. |
| II. 27. Juni-7. Sept. 1901. | M-Z. 7 Wochen Hyp. $2\frac{1}{2}$ W. | „ „ | $5\frac{1}{2}$ Mon. „ |
| III. 25. Febr.-4. Apr. 1902. | M-Z. 5 Wochen H. einige Tage. | „ „ | 3 Mon. „ |
| IV. 5. Juli-8. Aug. 1902. | M-Z. 4 Wochen H. einige Tage. | „ „ | 3 Mon. „ |
| V. 7. Nov.-17. Dez. 1902. | M-Z. | beurlaubt | 5 Tage „ |
| VI. 22. Dez. 1902-1. Jan. 1903. | Depression. | o. B. | 6 Monate. Nach d. Entlassung etwas exalsiert, dann geordnet. |
| VII. 9. Juni-Sept. 1903. | Depression. Hyp. | o. B. | Wenige Tage. Die ersten Tage geordnet. |
| VIII. 17. Sept.-20. Dez. 1903. | Depression 4 Wochen. | Gegen ärztl. Rat herausgeholt. | $7\frac{1}{2}$ Monate. normal. |
| IX. 5. Juli-30. Sept. 1904. | Die vom Ende des Jahres 1904 auftretenden Zustandsbilder bestehen in Mischzuständen und Hypomanien. Die Gesamtdauer der M-Z. überwiegt die der Hypomanien. Solche Zustände werden von Wahnideen begleitet. | o. B. | Wenige Tage. Schon auf d. Heimweg erregt. |
| X. 9. Okt. 1904-10. Mai 1905. | | nach Baden beurlaubt. | Nur wenige Tage. Die ersten Tage geordnet, dann erregt. |
| XI. 27. Mai-26. Juli 1905. | | Versuchsweise nach Heilbronn. | Nur wenige Tage. Die ersten Tage gesund, dann wieder erregt. |
| XII. 1. Aug. 1905-10. Mai 1906. | | Verläßt die Anstalt unerlaubter Weise. | Nur wenige Tage. Die ersten Tage geordnet, dann erregt. |
| XIII. 15. Mai 05-10. Okt. 1908. | | Nach Wiesloch. | |

der Melancholie des Rückbildungsalters. Jetzt dagegen rechnen wir außer der letzteren zum m. d. I. auch noch Zustände, die einer Manie oder Depression durchaus nicht ohne weiteres gleichen, und die entweder neben einer Manie oder einer Depression oder neben beiden oder schließlich allein auftreten. Diese Aenderung des Standpunktes erfordert eine allgemeine Klarlegung. Zählt man so verschiedenartige Krankheitszustände hinzu, so wird man sich der Aufgabe nicht entschlagen können, das allen diesen Zuständen Gemeinsame aufzuzeigen, welches sie anderen Psychosen gegenüber abgrenzt, d. h. das artbildende Merkmal aufzustellen. Dieses Merkmal kann man in der Ursache, dem Symptomenkomplex, dem Verlauf und dem Endzustand suchen.

Es ließe sich vielleicht ermöglichen alle vier Gesichtspunkte zur Geltung zu bringen und so von vier Seiten her den Versuch zu machen, dem Krankheitsbegriff näher zu kommen. Endlich wäre noch fünftens der Boden zu untersuchen, auf dem die eigentlichen Ursachen zu dieser Krankheitsform führen.

Ins Spezielle gewendet wäre also auf allen fünf Gebieten oder einem davon das Charakteristikum des manisch-depressiven Irreseins zu finden. Was die Ursache anlangt, so sind die Ansichten darüber noch außerordentlich verschieden, besonders wenn man die leichtesten Formen der geistigen Störung in Frage zieht. Es wird zurzeit kaum möglich sein, aus dem Streit über die sogenannten exogenen und endogenen Ursachen ein Moment zu entnehmen, das uns zur Abgrenzung des manisch-depressiven Irreseins von andern Psychosen geeignet erscheint. Mag es mit der eigentlichen Ursache bis jetzt sein Bewenden haben — wir werden an anderer Stelle auf sie noch zurückkommen müssen — so glaubt man doch heutzutage, daß eine gewisse Disposition dazu vorhanden sein muß, um das manisch-depressive Irresein hervorzubringen, d. h. also, daß diese Krankheit zu den

degenerativen Störungen im weitesten Sinne gerechnet werden muß. Ueber die Art der Anlage, die zur Entstehung einer degenerativen Psychose nötig ist, wissen wir nichts. So ergibt es sich also, daß von diesen beiden Seiten her bis jetzt nichts gefunden werden kann, was uns helfen könnte, das manisch-depressive Irresein von anderen Psychosen abzugrenzen. Wir müssen nun suchen im einzelnen Anfall ein bezeichnendes Merkmal dieser Erkrankung zu finden. Hierbei setzen wir schon als selbstverständlich voraus, daß das Leiden in Anfällen verläuft und nehmen infolgedessen den 2. und 3. Punkt der oben von einander abgegrenzten Gesichtspunkte zusammen, das Zustandsbild und den Verlauf. Wir sagen also aus, daß es sich um eine degenerative Psychose handelt, die in einzelnen Anfällen verläuft und fügen hinzu, daß die Dauer, die Zahl, die Zeit des Auftretens sowie die zwischen den einzelnen Anfällen liegenden Intervalle verschieden sein können, ferner daß das Zustandsbild des Anfalls in typischen Fällen als reine Manie oder Depression erscheint. Da Manie und Melancholie einander nicht nur in der verschiedensten Weise folgen, sondern ihre einzelnen Komponenten auch zu den mannigfaltigsten Kombinationen zusammentreten können, so entstehen schließlich Zustände, die auf Anregung Kraepelins von Wilhelm Weygandt als Mischzustände bekannt gemacht worden sind. Schon hieraus läßt sich erkennen, wie verschieden von einander die einzelnen Anfälle sein können. Gegen die Aufstellung der Mischzustände wandte man nun ein, daß dann ja jede funktionelle Psychose als Mischzustand angesehen werden könnte, denn daß schließlich die einzelnen Symptome der gehobenen Stimmung, der psychischen und motorischen Erregung einerseits oder die einzelnen Zeichen der Depression der psychischen und motorischen Hemmung andererseits bei den meisten Psychosen aufgefunden sind, muß zugegeben werden. Nun fügt es sich aber so häufig, daß nach typischen Manien kürzere oder längere Depressionen auftreten, in

denen sich noch einzelne Symptome des vorangegangenen Stadiums vorfinden oder noch häufiger der umgekehrte Fall, daß auf eine typische Depression eine leichte Manie folgt, die noch Zeichen der Hemmung aufweist, so daß jene Konstruktion des Mischzustandes nahelag. Am nachdrücklichsten machten sich jene Bedenken gegen unsere Auffassung auch nur dann geltend, wenn ein Anfall als Mischzustand diagnostiziert wurde, ohne daß man sich das Recht dazu von einer vorangehenden Depression oder Manie holte: wenn also die Mischzustände selbständig auftraten. Diese Zustände gingen bisher bei den verschiedenen Autoren unter den verschiedensten Namen. Man sah sie teils als akute halluzinatorische Erregungszustände oder auch Stuporformen mit günstigem Ausgang oder aber sekundärer Demenz an, oder man gab ihnen etwa den Namen der Amentia oder der verschiedenartigsten Bilder aus der alten Psychiatrie.

Eine langjährige Erfahrung legt es nun nahe, jene Psychosen, bei denen sich zu typischen Anfällen* atypische hinzugesellen, mit jenen Verlaufsarten reiner Formen als zu einer Krankheitsgruppe gehörig aufzufassen. Es lag nun die weitere Frage vor: sollen wir Verlaufsformen, bei denen sich so verschiedene Zustände finden, wie es Manie und Melancholie doch sind, prinzipiell von jenen trennen, bei denen nur die atypischen Formen vorliegen. Oder sollte man ungeachtet der äußeren Verschiedenheit der Zustandsbilder all diese Formen doch zu einer Krankheitsgruppe rechnen. Tut man dies, so bleibt es einem nicht erspart, daß man noch andere Gemeinsamkeiten als die vorhin aufgestellten aufsucht, denn man würde sich dem Vorwurf aus-

* Unter typischen Anfällen wollen wir klare Manien oder Depressionen verstehen, was wir als atypisch bezeichnen wollen, wird erst aus dem folgenden klar werden, wir wünschen darin schon anzudeuten, daß diese Anfälle nicht ohne weiteres durch ein gemeinsames Merkmal beschrieben werden können.

setzen, daß man überhaupt alle degenerativen Psychosen unter diesem einen Namen sammelt.

Diese Merkmale, die das manische-depressive Irresein oder deutlicher seine verschiedenen Zustandsbilder von anderen Psychosen herausheben sollen, können vielleicht von zwei Seiten genommen werden, und zwar knüpfen wir einerseits an die auslösenden Ursachen an, andererseits betrachten wir die Verlaufsart. Man hat sich mit einem gewissen Recht gewöhnt jene Psychosen, die sich an außerordentliche Erlebnisse anschließen, als pathologische Reaktion der betreffenden Person zu betrachten. Man weiß lange, daß es eine große Zahl von Menschen gibt, die geringen äußeren Lebensbedingungen genügen und bei einem ereignisarmen Leben niemals ihr Gleichgewicht verlieren; treten aber an diese Leute Anforderungen heran, die das gewöhnliche Durchschnittsmaß ihrer psychischen Leistung übersteigen, so versagt die Psyche, ihr seelisches Gleichgewicht ist gestört. Diese Störung kann sich nun in der verschiedensten Weise äußern, sie kann sich als unverhältnismäßig starker, langdauernder Affekt kundgeben, als einzelnes neurotisches Symptom auftreten — großer hysterischer Anfall, Aphonie, Abasie usw. — sie kann in einer psychotischen Einzelerscheinung bestehen — Zwangsvorstellungen —, sie kann endlich durch eine Psychose dargestellt werden, z. B. durch ein traumhaftes Delir, aber auch durch eine typische Manie oder Melancholie.

Alle diese eben angeführten Zustände können aber auch auftreten, ohne daß man imstande ist, das geringste äußere Geschehnis als veranlassende Ursache nachzuweisen. Im allgemeinen läßt sich über die Wirkungsweise starker Erlebnisse Folgendes aussagen: ein und dieselbe Ursache kann bei den gleichen Menschen die verschiedensten Reaktionen hervorbringen. Ferner kann auch eine völlig gleichscheinende Ursache bei den verschiedenen Menschen eine verschiedene, aber auch eine gleiche Reaktion auslösen und selbst bei der

anscheinend genauesten Kenntnis der betreffenden Persönlichkeit und der Lebensbedingungen, in denen sie sich gerade befindet, werden wir niemals mit Gewißheit voraussagen können, welche normale oder pathologische Wirkung ein genau bekanntes wichtiges Ereignis haben wird. Die richtige Voraussage des Psychiaters besitzt in pathologischen Fällen keine größere Sicherheit, als die des Menschenkenners im normalen. Nun ist man früher gewohnt gewesen, das manisch-depressiven Irresein als eine Störung anzusehen, welche ziemlich unabhängig von äußeren Eindrücken verläuft. Man hat von jeher erfahren, daß sich bei einer großen Zahl von Manisch-Depressiven keine irgendwie namhaften Ursachen des einzelnen Anfalles nachweisen lassen. Andererseits waren Verlaufsarten bekannt, bei denen z. B. der erste Anfall in der Pubertät anscheinend motivlos eintrat, der zweite, sagen wir nach 10 Jahren, nach dem Tode eines nahen Angehörigen, der dritte etwa nach einem großen Schreck und ein letzter im höheren Alter wieder ohne Motiv. Man suchte sich mit der Theorie zurechtzufinden, die Anfälle hätten sich auch ohne die äußeren Anlässe eingestellt, oder aber es hätten jene starken Eindrücke nur das letzte Glied der sonst unbekannten endogenen ätiologischen Kette gebildet. Man meinte, daß diese Erlebnisse nur den Wert von Gelegenheitsursachen hätten, man schlug also den endogenen Faktor viel höher an, wobei man unter diesem nicht etwa die spezielle Disposition zum manisch-depressiven Irresein verstand, sondern etwas anderes, was seinem Wesen nach unbekannt blieb, eine eigentliche Ursache der ausgebrochenen Psychose. Diese Anschauung kann aber nur dann mit einigem Recht bestehen, wenn man die schwereren Formen in Betracht zieht, bei den leichtesten ergibt sich ein derart unsicherer Zusammenhang zwischen Ursache und Anfall, eine solche Komplikation der Verhältnisse, daß keine Theorie heutzutage Klarheit zu schaffen vermöchte.

Wie schon oben bei der ersten Besprechung des Ur-

sachmoments angedeutet wurde, vermögen wir aus ihm allein kein Charakteristikum des manisch-depressiven Irreseins herzuleiten. Es hilft uns aber auch nicht, wenn es sich um die Frage handelt, ob wir die atypischen Anfälle zum manisch-depressiven Irresein hinzurechnen dürfen, denn der häufig vertretene Standpunkt, daß ein atypischer Fall dann zum manisch-depressiven Irresein gehören dürfte, wenn eine Ursache nicht nachzuweisen ist, muß als ziemlich willkürlich bezeichnet werden. Wir sind also bei dem Versuch, aus der Zusammenstellung von Ursache und Zustandsbild irgendein Moment gewinnen zu können, das uns bei der Abgrenzung unserer Psychose von den übrigen degenerativen behilflich sein könnte, nicht weiter gekommen. So bleibt uns endlich nur der Versuch übrig aus der Verlaufsart und dem Endzustand ein Kriterium herzuleiten, welches uns die Charakterisierung der Krankheit ermöglicht. Der Versuch, unser viel besprochenes Merkmal dem Endzustand zu entnehmen, entbehrt deswegen des Sinnes, weil wir einen eigentlichen Endzustand bei dieser Krankheit nicht kennen, wobei wir unter Endzustand eine sekundäre Demenz verstehen. Wir müssen also versuchen in dem Verlauf ein Charakteristikum aufzufinden. Wir fordern als erste Bedingung des manisch-depressiven Irreseins, daß sich nach den einzelnen lang dauernden Anfällen doch stets wiederum ein Zustand der Gesundheit einstellt, daß die einzelnen Anfälle also mit völliger Gesundung enden. Die Konsequenz, die wir hieraus ziehen, ist die, daß der Anfall keine irreparablen Veränderungen der Persönlichkeit bewirkt, daß die einzelnen psychischen Funktionen nicht dauernd durch ihn geschädigt werden, daß er zu keiner Dissoziation der Persönlichkeit führt, daß er also keine sekundäre Demenz mit sich bringt. Von dieser Demenz ist die Schädigung streng zu unterscheiden, der die Persönlichkeit in anderer Hinsicht durch einen zirkulären Anfall ausgesetzt ist und die man wohl vergleichen dürfte mit den Folgen einer besonders

schweren körperlichen Krankheit, einer langjährigen Inhaftierung, einer großen Enttäuschung, eines Stehens unter ungünstigen Lebensbedingungen. Bei dieser allgemein giltigen Forderung muß man nicht außer Acht lassen, daß die einzelnen Anfälle sehr lang sein, und sich derartig häufen können, daß die gesunden Zustände nur sehr kurz dauern. So ist es möglich und auch durch die Erfahrung oft bestätigt, daß der eine Manisch-Depressive in seinem Leben nur 3—4 kurze Anfälle hat, während bei dem anderen zuweilen die Zahl der Anfälle so außerordentlich groß wird, daß es schwer ist, bei diesem ein freies Intervall aufzufinden. In solchen seltenen Fällen kann man von einem Chronischwerden der Psychose sprechen, indem man glaubt, daß die einzelnen Anfälle sehr lange anhalten, oder daß sich die Zahl der Anfälle in sehr rascher Folge vermehrt. Dann scheint sich die obige Förderung des Gesundwerdens nicht zu erfüllen. Wir können diese Erscheinung, aber bei den meisten periodischen Erkrankungen beobachten. Man kann sich hier vielleicht mit der Erklärung helfen: zu denken, daß es in der Art des betreffenden Individuums liegt auf jede Lebensforderung in einer bestimmten stets gleichen Weise zu reagieren. Diese könnte sich nun in einer Häufung der Zahl der Anfälle ausdrücken. Wir müssen hervorheben, daß also weder die lange, vielleicht mehrjährige Dauer einer Psychose uns daran hindern könnte die Erkrankung zum manisch-depressiven Irresein zu rechnen, noch eine große Zahl der Anfälle mit nur ganz kurzen Zwischenzeiten.

Wir kehren nun zum Gesichtspunkt des Zustandsbildes zurück und fragen, ob es irgendwelche Symptome gibt, an welchen wir besonders die chronischen Formen als zum zirkulären Irresein gehörig erkennen können. Nach dem oben schon beim Zustandsbild Gesagten dürfte es klar sein, daß wir reine Manien und Melancholien, stets als zum manisch-depressiven Irresein gehörig ansehen dürfen. Schwierigkeiten entstehen nur dann, wenn es sich um jene

als atypisch bezeichneten Formen handelt. Wir haben aus allem Vorausgehenden ersehen, daß trotz der Erörterung der verschiedenen anderen bisher erwähnten Momente, unsere Frage auf jenes obige Niveau zurückging: „Warum gehören unseres Erachtens die atypischen Formen zum zirkulären Irresein?“ Besonders dann stellen sich der Diagnose Schwierigkeiten entgegen, wenn uns die lange Dauer des psychotischen Zustandes nicht die Möglichkeit gibt, das Gesundwerden zu beobachten. Wir heben also hervor, daß nicht das Chronischwerden allein, sondern das Chronischwerden der atypischen Formen es ist, was die Schwierigkeit der Diagnose, die schon der atypische Anfall allein mit sich bringt, um eine vermehrt, indem uns der Ausgang unbekannt bleibt. Bei der Beurteilung des atypischen Falles müssen wir Folgendes voraussetzen: wir wollen unter einem atypischen Anfall in diesem Zusammenhang vorläufig jede Psychose verstehen, die wir aus bestimmten, hier nicht näher zu erörternden Gründen, als eine degenerative ansprechen. Wir fassen unter jenem weiten Begriff zu diesem unserem speziellen Zweck auch noch die Dementia praecox, da es selbstverständlich erscheint, daß gerade eine akut ausbrechende, später zur Verblödung führende Psychose Bilder entstehen lassen kann, welche differentialdiagnostisch von den degenerativen Störungen im engeren Sinne schwer zu trennen sind. Die Frage gestaltet sich anders ausgedrückt folgendermaßen: woran erkennen wir ob eine frische Psychose, zum zirkulären Irresein gehört? ob sie als eine degenerative Störung anderer Subsumption angesehen werden kann, oder ob sie endlich den Beginn einer Dementia praecox darstellt. (Nicht besonders hervorzuheben brauchen wir wohl, daß einerseits eine chronisch gewordene Form der Dementia praecox, andererseits akute Schübe bei schon bestehendem Defekt, hier nicht in Frage kommen.) Die einzige Möglichkeit eine derartige Psychose als zirkulär zu betrachten, scheint in dem Versuch zu liegen den man schon früher mit

vielleicht nicht ganz zureichenden Mitteln, vielleicht etwas zu weitgehender Schematisierung machte, indem man die Psychose als einen Mischzustand analysierte. Man muß bei diesem Unternehmen zwei Gesichtspunkte auseinander halten:

1. Kann man die Störung als einen Mischzustand insofern ansehen, als sich die beiden zirkulären Typen zeitlich nacheinander mischen. 2. Kann man versuchen eine gleichzeitige Mischung beider Komponenten festzustellen und sie zu analysieren. Außerdem kann man aber auch von einem ganz anderen Gesichtspunkt an die Analyse eines solchen eben als atypisch bezeichneten Anfalls herantreten. Man kann sich nämlich fragen, ob nicht der Anfall nur dadurch atypisch erscheint, daß sich uns ein besonders auffälliges Symptom aufdrängt, das die zweifellos zirkulären Züge des Zustandsbildes gleichsam verschleiert. Endlich wäre noch zu untersuchen, ob dieses Symptom nicht vielleicht eine solche Bedeutung besitzt, derart pathognostisch ist, daß es die Diagnose einer andersartigen Erkrankung erzwingt, gleichgültig ob es sich neben einem zirkulären Zustandsbild vorfindet oder nicht. Jener letzte Gesichtspunkt könnte gleichsam von einer anderen Seite betrachtet, auch so gefaßt werden: gibt es ein einzelnes Symptom, oder einen Symptomenkomplex, welches irgendeine andere degenerative Erkrankung derartig eindeutig charakterisiert, daß sein Erscheinen auch bei einem sonst als zirkulär anzusehenden Fall genügt, die Zugehörigkeit des Anfalls zum manisch-depressiven Irresein zu verneinen. Was die ersten beiden Punkte anlangt, so wird es nicht Sache der allgemeinen Betrachtung sein, sondern wir werden bei der speziellen Erörterung unseres Falles versuchen müssen, die Analyse des Mischzustandes zu geben, nur das letzte Moment bedarf noch einer kurzen Bemerkung. Mehrere Symptome galten früher als derartig wichtig und ausschlagebend, daß man bei ihrem Vorhandensein nicht die Diagnose des manisch-depressiven

Irreseins zu stellen wagte. Erinnert sei nur daran, daß eine zeitlang ausgesprochene Halluzinationen oder längeres Unreinsein, ein deutlicher längerer Stupor oder phantastische Wahnideen und besonders der katatonische Symptomenkomplex die Diagnose des zirkulären Irreseins unmöglich machten. Bei der langdauernden, jahrzehnte währenden Beobachtung zirkulärer Kranken, die unter einheitlichen Gesichtspunkten stand, ergab sich nun immer deutlicher, daß alle die genannten und viele andere ähnliche Symptome sich bei Kranken zuweilen einstellten, die im übrigen als durchaus sicher manisch-depressive Kranke durch die jahrelange Kontrolle erwiesen wurden.

Ueber die Bedeutung des katatonischen Symptomenkomplexes hat W i l m a n n s im „Centralblatt für Nervenheilkunde und Psyschiatrie“ im August 1907 eine Studie veröffentlicht. Heute steht die Lehre der Valenz der psychotischen Einzelsymptome so, daß nichts das Einzelbild, daß der g e s a m t e Zustand u n d der Verlauf a l l e s beweist. Obwohl es zweifellos richtig ist, daß manches Symptom sich bei der einen Erkrankung häufiger, bei der anderen seltener findet, so lassen sich die Erscheinungen doch niemals derart in Schemata zwingen, daß das e i n z e l n e Symptom ein Merkmal des e i n z e l n e n Begriffes ist. Wir fassen nun die allgemeinen Erörterungen zusammen und leiten uns daraus folgende Aufgabe ab: wir haben an unserem Fall aufzuzeigen:

1. Ob reine Manien oder Melancholien vorhanden waren.
2. Ob sich Zustände nachweisen lassen, die als Mischzustände analysiert werden können.
3. Ob Manien oder Melancholien durch Zutritt besonders auffälliger Symptome gleichsam verdeckt wurden.
4. Ob sich Symptome zeigen lassen, die bei zirkulären Kranken als selten wenn nicht unmöglich angesehen wurden.
5. Ob endlich Anfälle völlig ausheilten und die Kranke also gesunde Zwischenzeiten hatte, oder ob etwa ein Zu-

stand sekundärer Demenz eingetreten ist. Schließlich werden wir noch den Versuch machen müssen, aufzuzeigen ob wir die Gründe erkennen können, die unseren Fall zu einem besonderen, zu einem atypischen werden ließen.

### Manien.

Erste Frage: Ob reine Manien oder Melancholien vorhanden waren?

Daß unsere erste Frage bejaht werden kann, ist nicht schwer zu beweisen. Vor allem lassen sich Manien oder vielmehr Hypomanien, die ja diagnostisch gleichen Wert haben, leicht aufzuzeigen.

Die erste nachweisbare Hypomanie tritt in der Erlenmeyerschen Anstalt in Bendorf auf. Sie wird dort zwar nicht als Stimmungsanomalie bezeichnet, dennoch dürfen wir sie annehmen, wenn wir erfahren, daß die Kranke, die noch vor wenigen Tagen einen Suicidversuch verübte, nichts weniger als melancholisch ist, Freude an Scherzen und Sarkasmen hat, daß alle therapeutischen Mittel, die aufgewendet werden, gut anschlagen und sie nach ihren eigenen Worten zum „Singen und Jubeln" aufgelegt ist. Die Dauer dieser ersten Hypomanie beträgt etwa 4 Wochen. Von Ende September bis Ende Oktober 1889.

In der Krankengeschichte von Schaffhausen finden wir am Schluß eines jeden Aufenthaltes ein deutlich hypomanisches Stadium. Die Kranke wird gesprächig, macht ironische Bemerkungen, prahlt zuweilen, ein Zug, der sich bei dem Taktgefühl der Kranken in gesunden Tagen nicht vorfindet, hat viel Zukunftspläne. Die Dauer können wir nicht angeben, da sie stets in diesem Zustand heimgeholt wird.

Als sie im Dezember 1902 zum ersten Male in Heidelberg aufgenommen wird, berichtet der Ehemann, daß in den letzten Jahren die wirklich gesunden Zeiten nicht über drei Monate gedauert hätten, vielmehr hätte sie einen bunten Wechsel von deprimiertem, überschäumend übermütigem und

reizbarem Wesen geboten. Häufig war sie exaltiert und fiel in der Gesellschaft durch ihr backfischartiges Benehmen auf. Es sei beispielsweise nur daran erinnert, wie sie einem alten Herrn den Stuhl fortzieht, als er sich setzen wollte, so daß er fiel.

Während ihres Heidelberger Aufenthaltes vom Jahre 1902 bis 1908 haben wir etwa acht ausführlich geschilderte typische Hypomanien, deren Dauer im Durchschnitt drei Wochen beträgt. Außerdem aber werden noch sehr häufig hypomanische Phasen erwähnt, ohne daß sie näher beschrieben werden.

### Depressionen.

Reine Depression zeigen sich 1. im Jahre 1881 während der ersten Gravidität. Die dabei auftretenden Symptome sind: Niedergeschlagenheit und Insuffizienzgefühl, die Dauer beträgt etwa 4 Wochen. Nach längeren und kürzeren Pausen folgen nun solche (Ausdruck des damaligen Arztes) Zustände öfter. 2. Im Jahre 1889, im Anschluß an ein Wochenbett. Zu den schon oben angeführten Symptomen tritt ein Suicidversuch, nachdem Frau G. schon vorher Lebensüberdruß geäußert hatte, ferner Krankheitsgefühl und -einsicht und Wunsch nach Genesung. Dauer etwa 4 Wochen. 3. Im Jahre 1902 in der ersten Zeit ihres Aufenthaltes in Kennenburg. Hier zeigt sich neben der traurigen Stimmung eine ausgesprochene motorische, besonders sprachliche Hemmung. Zeitweise sogar stuporöses Verhalten, zugleich Darniederliegen der Körperfunktionen, Gewichtsabnahme, Opstipation, Foetor ex ore. Dauer etwa 1½ Wochen. 4. und 5. Im Jahre 1903 bei der ersten und zweiten Aufnahme in Heidelberg. Die Kranke ist traurig, betrübt und bietet die Zeichen der objektiven und subjektiven Hemmung. 6. Im Jahre 1903 bei der dritten Aufnahme in Heidelberg. Wir finden damals verzeichnet: Niedergeschlagenheit, subjektive Hemmung, Insuffizienzgefühl,

Krankheitsgefühl. Auch religiöse Selbstvorwürfe treten auf. Dauer 4 Wochen. — In den folgenden Zeiten finden sich zwar noch symptomatisch reine Depressionen vor, ihre Dauer ist so kurz, daß sie kaum als selbstständige Zustände aufgefaßt werden können.

### Mischzustände.

Zweite Frage: Ob sich Zustände nachweisen ließen, die als Mischzustände analysiert werden können?

Schon aus der Zusammenfassung ist ersichtlich, daß die Psychose unserer Kranken sich nicht nur aus Depressionen und Hypomanien zusammensetzt, sondern auch aus anderen Anfällen, solchen nämlich, die in Mischzuständen bestehen. Im allgemeinen kann man von diesen Anfällen der Kranken sagen, daß sie meist nach einem affektiv wirksamen Ereignis auftreten, und zwar nach dem Besuch der Angehörigen, nach dem Ausbleiben von Nachrichten von Hause und ähnlichen Vorgängen; daß sie bezüglich der Gesamtdauer das Krankheitsbild beherrschen, und daß man den Eindruck gewinnt, daß sie gleichsam Aequivalente der Depression sind, da diese mit der Zeit vollständig zurücktreten, während sich reine Hypomanien immer wieder einstellen. Vielleicht könnte man dazu anführen, daß die depressiven Symptome eine größere Konstanz zeigen als die manischen und daß die klarsten Mischzustände, die wir beobachten, vorwiegend depressive Symptome zeigen, während die manischen nur angedeutet sind.

Ein, wenn man so sagen darf, voll entwickelter „Anfall" beginnt mit einer ziemlich schnell ihren Höhepunkt erreichenden ängstlichen Erregung und klingt ab mit einer motorischen Hemmung, neben der Gereiztheit und Neigung zum Querulieren bestehen. Obgleich es nun möglich ist, eine Art Typus des Anfalls aufzustellen, so zeigen doch die einzelnen Fälle unter einander manche Verschiedenheiten. Dies wird vorwiegend durch die Unbeständigkeit der

manischen Symptome bedingt; z. B. ist die Kranke in dem einen Anfall außerordentlich ablenkbar, in dem andern dagegen ist sie es gar nicht. Aehnlich verhält es sich mit der Ideenflucht, die allerdings in einem ganz leichten Grade immer nachzuweisen ist, ebenso mit der euphorischen Stimmung, die jedoch nie recht aus dem Herzen kommt, sondern meist unnatürlich ist. Sie gehört mit zu den Symptomen, die ebenfalls dem einzelnen Anfall ein besonderes Gepräge geben, die wir auch oft bei katatonischen Zustandsbildern sehen und die später besprochen werden sollen.

Zu dem Verhalten der manischen Symptome während der Mischzustände ist noch eins zu bemerken, nämlich, daß sie nie zu ihrer vollen Entfaltung kommen; die heitere Stimmung hat etwas Gequältes an sich, die ideenflüchtige Aeußerung bricht plötzlich an irgendeiner Stelle ab, gleichsam als ob der Vorstellungsverlauf plötzlich gehemmt wäre. Die scharfen Antworten enden ohne die erwartete Pointe. Ebenso verhält es sich mit der Sprache. Bei allem Rededrang fällt der Kranken das Sprechen schwer. Sie spricht, als ob sie die Worte hervorpressen müsse. Die Bewegungen sind gebunden, unfrei, als ob sie sich nur mühsam durchgesetzt hätten. Bei der nun folgenden Analyse einiger Mischzustände sollen die einzelnen manischen und depressiven Symptome aufgezeigt werden.

Am Beginn des ersten Schaffhausener Aufenthaltes finden wir einen kurzen, etwa 9 Tage währenden Mischzustand. Sie fühlt sich matt, angegriffen, sie zeigt die Zeichen partieller, subjektiver und objektiver Hemmung, andererseits läßt der theatralische Tonfall, in dem sie ihre Klagen vorbringt, erkennen, daß sie einen gewissen Eindruck erzielen will, wie es eine rein depressive Kranke kaum jemals tut. Sie gibt ausführlich aber in ideenflüchtiger Weise über ihre Wahnideen Auskunft. Ihre Stimmung ist wechselnd, bald deprimiert, bald mißtrauisch oder auch heiter; Appetit

und Schlaf sind gut. Ausgeprägter ist der Mischzustand bei der zweiten Aufnahme in Schaffhausen. Als Zeichen der Depression finden wir eine niedergeschlagene, ängstliche Stimmung, eine verlangsamte, jedoch immerhin noch theatralische Sprechweise, dabei einen gewissen Rededrang. Zuweilen ist sie motorisch recht erregt. Später weicht die niedergeschlagene Stimmung einer mehr reizbaren. Vereinzelt finden sich typisch depressive Wahnideen vor. Man könnte diesen Zustand wohl als ängstliche Erregung bezeichnen. Auch der dritte Aufenthalt in Schaffhausen beginnt mit einem Mischzustand, indem sich neben typischen depressiven Symptomen ein gewisser Betätigungsdrang zeigt. Als sie zum vierten Male in Schaffhausen eintritt, stellt sich wieder eine deutliche ängstliche Erregung ein. Der erste Mischzustand dauert in der Anstalt etwa 9 Tage, der zweite 4 Wochen, der dritte 7 Wochen, der vierte 3 Wochen. Wie auch die späteren Beobachtungen zeigen, ist die maximale Dauer eines Mischzustandes etwa 7 Wochen, die Durchschnittsdauer etwa 3 Wochen.

Während des dritten Aufenthaltes in Heidelberg tritt ein vier Wochen (10. November bis 9. Dezember) dauernder Mischzustand auf, der sich später in gleicher Weise noch öfter wiederholt. Die Stimmung während desselben weist vorwiegend Unlustaffekte auf, die Kranke ist deprimiert, ängstlich gereizt, mißtrauisch, sie ist abweisend und unzugänglich. Motorisch ist sie sehr erregt, sie läuft unruhig umher, zerbricht Geschirr, kramt in ihrem Bettzeug herum. Sie spricht ziemlich viel, dabei zeigen sich deutlich äußere Assoziationen; die Sprechweise ist theatralisch und mühsam. Bei der fünften Aufnahme in Heidelberg stellt sich ein Mischzustand ein, der im Vergleich zum oben geschilderten reichhaltiger an manischen Komponenten ist. Die motorische Erregung ist stärker, die Kranke ist ablenkbar, die Stimmung zeigt die schon oben charakterisierte Heiterkeit. Daneben treten eine Reihe auffälliger katatonoider Symptome auf.

Die dritte und vierte Frage, ob Manien oder Melancholien durch Zutritt besonders auffälliger Symptome gleichsam verdeckt werden und ob sich Symptome zeigen lassen, die bei zirkulären Kranken als selten oder unmöglich angesehen wurden, wollen wir zusammen besprechen, und zwar wollen wir die Symptome in vier Gruppen teilen: 1. Halluzinationen, 2. Verwirrtheitszustände, 3. Wahnideen, 4. Katatonoide Zeichen.

### 1. Halluzinationen.

Daß Halluzinationen überhaupt bei manisch-depressiven Kranken auftreten, ist keine seltene Tatsache. Dagegen ist wohl selten die Massenhaftigkeit, in der wir dieses Symptom hier vorfinden. Wir glauben jedoch an ihnen den zirkulären Charakter nachweisen zu können. Wir wollen nun unter Halluzinationen vorläufig alles das verstehen, was von der Kranken als deutliche oder undeutliche Wahrnehmung bezeichnet wird, ohne daß diese durch einen entsprechenden Vorgang der Außenwelt veranlaßt ist. Wir finden in der Krankengeschichte Halluzinationen aller Sinnesgebiete erwähnt, taktile Sinnestäuschungen, Geruchs-, Gesichts- und Gehörshalluzinationen. Zu den taktilen Halluzinationen führen wir die Angabe an, daß die Kranke Nadel- und Lanzenstiche empfunden haben will, ohne daß wir jedoch eine nähere Lokalisation erfahren. Ferner auf einem Schriftstück vom 28. III. 06: „Zuckerstückchen, die ich der Wärterin abends für morgens übergab, fühlte ich in der Frühe wie Steine in mein Inneres dringen. Traubenbeeren, die eine mystische Persönlichkeit mich schlucken ließ, wie Eisstücke.“ Daß Sensationen, wie sie diese beiden letzten Aeußerungen verraten, nicht ohne weiteres mit den körperlichen Beeinflussungsideen der Katatoniker gleichgesetzt werden können, erscheint wohl als selbstverständlich. Vielmehr ist es wahrscheinlich, daß sich hier ebenfalls eine Wahnidee äußert, die sie in Briefen usw. wiederholt mitteilte: Daß

nämlich alle ihre Absichten in das Gegenteil verkehrt würden, daß also in unserem speziellen Fall das gutgemeinte Austeilen des Zuckers an die anderen Kranken hier wie oft eine unangenehme Folge für sie selber haben würde. Eine ähnliche Ueberlegung könnte man bei der zweiten Aeußerung anstellen.

Von Geruchshalluzinationen haben wir ebenfalls nur sehr wenige zu verzeichnen, eigentlich nur eine. Einmal antwortet sie auf Befragen, daß sie den Geruch von Gummi empfinde. Ein andermal läßt sich eine solche Sinnestäuschung nur als wahrscheinlich annehmen. Sie bittet nämlich die Wärterin, nachzusehen, ob nicht tote Mäuse unter dem Bett liegen.

Auch über Gesichtshalluzinationen wissen wir nur wenig; die meisten von ihnen sind sehr phantastisch, manche darunter gehören zu den hypnagogen Erscheinungen, dabei sehen wir von Personenverkennungen ab. In Schaffhausen (2. Aufnahme) sagt sie wenige Tage nach einem Verwirrtheitszustande nur folgendes: „Ich habe oft schreckliche Dinge gesehen.“ Kaum als Gesichtstäuschung aufzufassen ist wohl die Angabe (Heidelberg, 1. Aufnahme), daß sie überzeugt sei, in einem schwarzen Vogel, der auf einem Telephondraht saß, ihren Mann gesehen zu haben, der ihr etwas zurief. Da wir den Inhalt der dabei auftretenden Gehörstäuschung nicht kennen, wissen wir nicht, inwieweit diese die Deutung des Erlebnisses beeinflußte. Am 11. X. 04 gibt die Kranke auf Befragen an: „Ich habe gestern ein Roß und zwei Reiter gesehen, zwei Reiter und eine Reiterin.“ Die ganze Form dieser Mitteilung, das Rhythmische, die Klangassoziation rufen in uns den Eindruck hervor, daß hier eine durch die Frage angeregte freie Erfindung vorliegt. Eine ziemlich ausführliche Angabe über Erscheinungen liegt in folgendem vor: 5. XI. 04. Pat. frägt, ob das Schattenbilder wären, die sie heute von ihrem Bett aus durchs Fenster gesehen hat. „Es sind Maskeraden, es

ging alles so rasch, seit wenigen Tagen beobachte ich das“ (?). „Ich vermute unter diesen Maskeraden Verwandte, nicht erst seit gestern (?). Es sind vermummte Gestalten in Gummimänteln, auch in Droschken.“ „Ich habe einem Kind, das einen Postkasten gezogen hat, Lily zugerufen, ich vermutete darunter meine kleine Lily. Ich rief ihr zu, einen Tag vorher habe ich sie in einem blauen Kleidchen hierher springen sehen. Ich bekam auch sehr viele Schlafmittel“ (?). „Ich habe geschlafen. In diesem Zustand hörte ich ihre Stimme und sah sie hereinspringen.“ Hinweise auf andere, offenbar hypnagoge Halluzinationen finden sich in einem Schriftstück vom 26. III. 06. „Ueberhaupt, wozu immer wieder so ein eigenartiges Gebaren in meiner Umgebung. Soweit ich manchmal hören und oft auch sehen kann, auch wenn ich so vom Schlaf erwache.“ Sonst erfahren wir noch, daß sie einmal in den Wolken Gestalten gesehen haben will, die sich zu ihr in Beziehung setzten; daß sie an der Wand alles Mögliche sieht, und daß sie während eines Erregungszustandes die Handschuhe der Kinder in der Luft erblickt und diese zugleich sie rufen hört. Bemerkenswert ist es, daß sie offenbar durch eine Assoziation mit Schillers Handschuh ausruft: „Ich bin in einer Löwengrube. Hören Sie, wie sie brüllen.“

Wir wollen nun die Gehörstäuschungen besprechen, die im Vergleich zu den vorher angeführten Halluzinationen außerordentlich zahlreich auftraten. Wir hören von ihnen schon in der Schaffhausener Klinik, doch werden sie damals nur ungern zugegeben und ihren Inhalt erfahren wir nicht. Diese Neigung die Stimmen zu leugnen, besteht fast während der ganzen Krankheit. Oft werden sie nur aus ihrer Haltung und ihrem Benehmen erschlossen. Deswegen erfahren wir trotz der Häufigkeit, in der die Phoneme auftreten, doch nur wenig von ihnen. Aus ihren eigenen Mitteilungen und aus Experimenten, die man mit Frau G. anstellte, erkennt man, daß die Stimmen häufig an äußere

Reize anknüpften, und auch, daß ein aufmerksames Hinhören dabei eine Rolle spielt. Die fallenden Wassertropfen rufen ihr zu: Dickkopf, Dickkopf; als sie in einem Erregungszustand Vögel singen hört, ruft sie aus: „Hört, meine Kinder schreien.“ Als sie einmal aufgefordert wird zu sagen, was ihr die Vögel jetzt in dem Moment zurufen, antwortet sie: „Mir.“ Ein anderes Mal „Komm herunter von dem Beichtstuhl.“ Diese letzte „Stimme“ würde man im Zusammenhang mit der Situation, in dem sich die Kranke gerade befand, am besten als Gedankenlautwerden bezeichnen; sie saß nämlich im Untersuchungszimmer und sollte dem Arzte über Verschiedenes Auskunft geben. Dieselbe Art von Gehörstäuschung liegt vor, wenn die Kranke ihre Gedanken beantwortet hört, wie sie es häufig erfahren haben will (Heidelberger Krankengeschichte, 2. Aufnahme). Ein „Doppeltdenken“ (Störring) können wir es wohl nennen, wenn die Kranke von den Stimmen hört, „was geschieht und was sie tut“. Meist werden ihr nur einzelne Worte zugerufen; es kommt aber auch zu Sätzen. Sie erzählt, daß sie schlechte Worte, Beschimpfungen anhören muß, doch nennt sie diese nicht. Die einzelnen Worte, die sie angibt, sind merkwürdigerweise meistens Namen: „Hackbaba“, „Delilah“, „Zademak“, „Niniveh“, „Judith“, „Coligne“, „Mackenzie“, „Sabath“, „Lahr“, „Stumbu“, „Joel“ u. a. Die Kinder rufen „Mutti, Mutti“, „Wir wünschen Mutter“. Sie steht auf einem Balkon und hört: „Der Nachen schwankt, ein ander Mal“; „Du hast die Gastfreundschaft zulange in Anspruch genommen“; „Er muß kommen, warts ab“. Ein Kind sagt zu ihr: „Du nimmst mir die Sonne“, „Bleibe nicht auf halbem Wege stehen“, „Du hast lange ge . . .“. Während es möglich erscheint diese angeführten Sätze aus irgendwelchen, gerade in ihr wirkenden Gedankenkreisen abzuleiten, also auch sie auf Gedankenlautwerden oder Doppeltdenken zurückzuführen, ist dies wohl kaum möglich, wenn die Kranke angibt, sie hört, wie eine Dame bei Tisch sagt:

„Napoleon", „Frankreich", „Seine Lorbeeren kann man ihm nicht nehmen." Oder: „Der Sir muß heute Abend sein Urteil abgeben." Man muß nun aber hervorheben, daß die einigermaßen erklärlichen, d. h. mit ihrem sonstigen psychischen Inhalt verträglichen Stimmen, in ihrer Anzahl die sinnlosen weit überwiegen. Ohne den genauen Wortlaut folgender Stimmen zu wissen, erfahren wir noch, daß sie „Einflüsterungen" über das Befinden ihrer Angehörigen hört, und zwar meist beängstigende. All diese Sinnestäuschungen treten sowohl in depressiven Zuständen, wie während der Mischzustände und paranoiden Phasen auf. Innerhalb rein hypomanischer Zustände werden sie nicht beobachtet. Das Verhalten der Kranken den Halluzinationen gegenüber ist wechselnd. Zuweilen besteht vollkommene Einsicht, z. B. am Schluß ihres zweiten Aufenthaltes in Heidelberg. Zuweilen spricht sie auch von ihren Sinnestäuschungen nur mit einem gelinden Zweifel. Dann aber gibt es Zeiten, in denen sie von ihrer Objektivität gänzlich überzeugt ist, und sich ihnen wie echten Halluzinationen gegenüber benimmt. Sie wehrt sich gegen die Einflüsterungen, die man ihr macht, sie will Aufklärung, weil die einzelnen Worte sie nur verwirren. Sie will ihre Verwandten an ihrem Bette sehen (aus einem undatierten Brief) und findet, es wäre ein armseliger Ersatz, wenn man sie nur ihre Stimmen hören ließe, die bald aus dem Souterrain, bald aus dem Garten zu ihr dringen, oder gar aus einem in der Nähe aufgestellten Grammophon. Hierbei ist interessant, daß sie die Stimmen auch lokalisiert. Sie macht beinahe nach jedem Erregungszustand dem Arzt Vorwürfe, daß er ihre Kinder nicht zu ihr gelassen, die sie doch rufen hörte. Bei der Besprechung der „Paranoia" unserer Kranken werden wir sehen, wie die Kranke diese Symptome in ihrem System verwendet. Was den oben erwähnten „zirkulären" Charakter der Halluzinationen betrifft, so heben wir hier hervor: einmal, daß wir sie zum größeren Teil nicht als echte Halluzinationen anzu-

sehen vermögen, zweitens, daß sie vorwiegend egozentrischen Inhalt haben. Auch die zeitweise vollkommene Krankheitseinsicht ihnen gegenüber wäre bei einem Katatoniker etwas recht seltenes.

### 2. Die Verwirrtheitszustände.

Oft wird beobachtet, daß die Kranke einen traumhaft verworrenen Eindruck macht. Es scheint sich dabei, wie wir sehen werden, nicht um Bewußtseinstrübungen zu handeln, sondern vielmehr um amentiaartige Zustände. Die Stimmung in dieser Verwirrtheit war im allgemeinen sicher unlustig, unsicher, ängstlich, unruhig, traumhaft unklar. Die Orientierung, soweit Antwort zu erhalten war, schien nicht gestört, und dennoch hatte man den Eindruck, daß sie sich über ihre Situation nicht ganz klar war, wenigstens nicht, wenn man sie sich selbst überließ und nicht durch Fragen gewissermaßen aufweckte. Aeußerungen in ruhigen Momenten sprechen dafür, daß sie sich dessen wohl bewußt war. Sie sagte, sie wäre hier „größtenteils wie auf einem Maskenballe". Bei der ersten Aufnahme in Heidelberg erzählte sie, wie es in ihren erregten Zuständen zuginge: „Es hat jede Person ihren Namen, den wechselt sie mitunter . . . es ist wie in einer Gerichtsverhandlung . . . mit oft wechselnden Situationen." Hier lassen sich unschwer die traumhaften Zustände erkennen. Auch die Form der Aeußerung könnte man hier wohl verwerten. Am 11. X. 1903 während eines Zustandes, der selbst wohl traumhaft zu nennen ist, sagte sie: „Ich höre Stimmen. Diese Stimmen verwirren mich." Sie verglich alles, was sie an diesem Tage erlebte, mit einem Narrenspiel, das sie nicht recht begriff, das ihr jedoch für ein Spiel zu ernsthaft war. Ihr motorisches Verhalten in diesen Zeiten war wechselnd; in den leichteren später zu erwähnenden traumhaften Phasen, die innerhalb der Depressionen vorkamen, war sie gehemmt, in den Mischzuständen war die Psychomotilität gesteigert. Bald kam es

zu impulsivem Vorgehen, wie z. B. Zerbrechen von Geschirr, bald zu ziemlich komplizierten Handlungen theatralischen Charakters. Sie spielte dann die Rolle einer Verkäuferin, sie war als Semiramis phantastisch aufgeputzt. Manchmal wurde man sich nicht klar über die Rolle, die sie spielen wollte, aber das abenteuerliche Kostüm, das pathetische, gekünstelte Wesen wiesen darauf hin, daß es sich um etwas Theatralisches handelte. Wir wissen aus ihren Angaben, daß ihr z. B. der Name „Judith" zugerufen wurde. Dieselbe Herkunft wird auch wohl der Name „Semiramis" haben. Man könnte hier an eine Art autosuggestiver Vorgänge denken, die sich unter dem Einfluß der halluzinierten Namen abspielen. Wie aus der Krankengeschichte zu ersehen ist, treffen wir die ersten derartigen Zustände in Schaffhausen an. Es zeigen sich dabei „Sprachstörungen", die aber nur als solche erwähnt, nicht näher beschrieben sind. Im Anschluß an die Verwirrtheit sagt sie: „Man will mich auf Irrwege führen, ich habe oft schreckliche Dinge gesehen." Aussprüche, die leicht nach einem Traum gesagt werden können. Auch während der vierten Aufnahme tritt eine Verwirrtheit ein. Sie wird dabei gewalttätig, glaubt, man schneide ihr Grimassen, kniet dann vor einer Nebenpatientin nieder und weint. Während einer Depression (27. XI. 1903) trifft sie der Arzt in einem merkwürdigen Zustand, der den Vergleich der Kranken mit einer Nachtwandlerin zulassen würde. Sie geht langsam einher, ihre Geberden sind pathetisch, ihr Gesichtsausdruck ängstlich-erstaunt, ihre Fragen lassen Unsicherheit erkennen. „Was geht vor"?, „Was ist?"

Am 9. XI. 1903 ein ähnlicher Zustand. Dabei Zeichen deutlicher Hemmung in Sprache und Geberde. „Es . . . ist mir so schwer . . . das ist ein grausames Spiel". Wieder die pathetischen Handbewegungen und ängstliche Ratlosigkeit im Ausdruck.

Am 9. XI. 1903 heißt es: „Offenbar traumhaft verworrenes Situationsbewußtsein. Die Kranke sagt: „Kennen

Sie den Großherzog . . . sagen Sie ihm, daß ich ihn um Verzeihung bitte wegen der vielen Mühen.“ In einem anderen Zustand der Verwirrtheit meint sie die Großherzogin zu sein.“

Am 27. XI. 1906 ist ebenfalls eine Verwirrtheit während eines Mischzustandes verzeichnet.

Wie schon erwähnt, finden sich die ganz leichten traumhaften Zustände während der Depression, die schweren in den Erregungszuständen. Innerhalb reiner Hypomanien fehlt jede Verwirrtheit, nur während eines mit vielen hypomanischen Zügen einhergehenden paranoiden Stadiums wird sie einmal beobachtet. Es heißt damals in der Krankengeschichte: „Seit gestern etwas gehemmter, traumhaft versonnen, hat Stimmen gehört. Kinderstimmen.“

Ueber die Dauer der einzelnen Verwirrtheit läßt sich kaum etwas Genaues sagen. Nur einmal finden wir die Angabe „drei Tage schwerer Verwirrtheit“. Daß die Zustände aber noch öfter vorkamen, als es nach den hier angeführten Angaben erscheinen mag, ist wohl sicher. Wenn wir eigene, in der Krankengeschichte nicht angeführte Beobachtungen berücksichtigen dürfen, so scheint es uns, daß kaum ein „Anfall“ verlief, ohne daß die Kranke dieses traumhaft benommene Wesen zeigte. Vielleicht dürfen wir auch die Aeußerung der Kranken, daß die „Stimmen“ sie verwirren, zum Beweis heranziehen, denn Gehörstäuschungen traten ja, wie wir sahen, sehr oft auf. Ebenso wie alle anderen krankhaften Symptome, die der Kranken als solche wohl bewußt sind, wird auch dies Symptom der Verwirrtheit in ihrem paranoiden System als künstlich hervorgerufen angesehen.

Gerade diese traumhaften Zustände führt sie auf absichtliche Betäubung zurück, auf Pulver, die man ihr in ihre Speise schüttet (aus einem undatierten Schriftstück).

### 3. Die Wahnideen.

Alle Wahnideen unserer Kranken lassen sich letztlich

als B e z i e h u n g s gedanken bezeichnen, und zwar lassen sich grob unterscheiden:

1. Beachtungsgedanken,
2. Beeinträchtigungsgedanken,
3. Verfolgungsgedanken,
4. Eifersuchtsgedanken.

Von diesen Einbildungen wird die Kranke während ihres Aufenthaltes in den Anstalten, und zwar seit Schaffhausen nie ganz frei. In manchen Stadien der Krankheit treten sie besonders scharf hervor, nämlich am Beginne und Ausgang der Mischzustände. Solange sich die Krankheit auch noch in Depressionen äußert, lassen sich diese Wahnideen auch während der Depression beobachten, in den hypomanischen Phasen und in den sogenannten ruhigen Phasen können wir sie meist nur durch Fragen erschließen. Man bekommt in den hypomanischen Zeiten meist ausweichende Antworten, in den ruhigen Zeiten dagegen läßt sie sich zu ziemlich ausführlichen Darlegungen ihres Wahnsystems, wenn wir es so nennen dürfen, bringen.

Von den oben angeführten vier Hauptformen werden Beachtungsideen und schwerere Verfolgungsideen weniger oft geäußert, als die Beeinträchtigungs- und Eifersuchtsgedanken. Ob die Kranke in den Zeiten, in denen sie sich zu Hause aufhielt, von den Wahnideen ganz frei war, läßt sich n i c h t mit Sicherheit sagen. In einem Briefe vom 4. VIII. 04 berichtet ihr Mann, sie sei nur in ihren erregten Zeiten erbittert, sonst jedoch freundlich, zuweilen sogar überschwänglich zärtlich. Wir hören auch sonst noch bei ihren Anamnesen bei ihren häufigen Einlieferungen von den Angehörigen, daß sie gesund war. Meist aber ist damit nur das Fehlen akuter Erregungen und Stimmungsanomalien gemeint.

Die Kranke glaubt, daß irgendetwas gegen sie vorgeht, es besteht ein Komplott gegen sie. Zu den Verfolgern gehören der Mann, die Stadt P., die Aerzte, eine höhere Macht. Der Mann und die Aerzte gehen in den ersten Zeiten zu-

sammen, später verfolgen die Aerzte ihren eigenen Zweck. Der Zweck des Mannes ist, sie los zu werden, sich von ihr zu scheiden, vielleicht zugunsten einer anderen Frau. Der Zweck der Aerzte ist, sie zu wissenschaftlichen Zwecken auszunutzen, oder wie sie zuerst meinte, ihren Mann in seinen Absichten zu unterstützen. Was die höhere Macht erreichen will, erkennt man nicht, die Kranke weiß es auch nicht, denn der größte Teil von dem, was gegen sie vorgeht, ist ihr rätselhaft, und sie sehnt sich nach Aufklärung. Eins ist ihr klar, daß alles von einer Quelle ausgeht, vielleicht ist dies die höhere Macht. Die Aerzte, der Mann, ihre Verwandten (diese stehen übrigens auf ihrer Seite und begehen nur den Fehler, ihr wichtige Tatsachen zu verschweigen allerdings nur aus zu großer Rücksicht) wissen, worum es sich handelt. Zu der Stellung ihres Mannes ist noch zu bemerken, daß sie nicht so einfach ist, wie sie zuerst erscheinen mag, denn obgleich er schließlich gegen sie auftritt, so hat man ihn erst dazu gebracht. „Er ist zum Tiger gemacht worden und sie zum Tier". Alles könnte noch gut ausgehen, wenn er auf ihrer Seite wäre. In einem Briefe an ihn, in dem sie ihn mit „Lieber Schatz" anredet, schreibt sie: „Es beschlich mich immer ein tiefes Weh, wenn ich Dich Dinge tun sah, die mich mit Deinem wahren Wesen und Charakter in bezug auf mich in Widerspruch brachten . . . Wären es offen gesagt ehrliche Mittel gewesen, deren Du Dich mir gegenüber bedienst, so könnte die Spitze sich nicht gegen uns selbst wenden."

Jedenfalls kommt es unter seiner Mitwirkung „zu einem Schauspiel, das man der Welt aufführt, das nur Frivolität eingegeben, und das schon soviel blutige Tränen und Opfer gekostet". (Aus einem Brief an eine Verwandte am 13. Dezember 1902.) Dabei kommt sie um das Einzige, was ihr im Leben das Teuerste ist, um die Liebe ihrer Kinder (aus demselben Brief). Bei dieser Verfolgung gegen sie geht man mit den erbärmlichsten Mitteln vor. Durch verschiedene Ein-

flüsse, durch Hypnose, durch aufreizende Behandlung wird sie krank gemacht und dann ins Irrenhaus gebracht. Man läßt sie beobachten; durch Stimmen, die sie hört, wird sie verwirrt; eine mächtige Suggestion wirkt auf alle ein und läßt diese Dinge sagen, die ihr gelten. — Dies wäre ein kurzer Ueberblick über die Beziehungsideen der Kranken. Wir wollen nun auf einzelne von ihnen etwas näher eingehen.

Vor allem auf die Einbildungen, die einen Zusammenhang mit ihren typisch depressiven Ideen zu haben scheint. Dabei sei bemerkt, daß wir den größeren Teil von letzteren zu einer Zeit erfahren, in der Frau G. paranoid ist, den kleineren damals als wir noch keine eigentlichen Wahnideen bei ihr finden. Die Wirkung der Hypnose und Suggestion besteht darin, daß sie willenlos gemacht wird; das prägt sich einmal darin aus, daß sie überhaupt keinen Willen mehr hat, andererseits, daß sie Dinge tut, die ihrem eigenen Willen fremd sind. Dabei handelt es sich oft um Kleinigkeiten, sie muß z. B. in ein Nebenzimmer gehen, muß aus ihrem Bett auf die Terrasse hinaus. Solche Handlungen, die übrigens an Zwangshandlungen erinnern, erklärt sie dadurch, daß man ihr einen fremden Willen unterschiebt.

Man entreißt ihr ihre Gedanken, man kennt alle ihre Gedanken, man liest sie durch 2—3 Säle hindurch. Hier handelt es sich wohl neben dem Gefühl innerer Leere, das sie ja oft genug äußert, um „wahnhaftes Gedankenlautwerden" (Störring).

Sie wird demoralisiert (auf eine etwas komplizierte Weise, indem nämlich ihr Mann sich den Anschein gibt, ihr untreu zu sein). Diese Aeußerung ist in der Verquickung verschiedener Tendenzen recht charakteristisch. An dieser Stelle sind wohl auch die Befürchtungen zu erwähnen, daß ihr Mann sich von ihr scheiden wolle, ja schon geschieden sei, daß ihre Familie zerstört sei. Man mag sich daran erinnern, daß sie selbst infolge ihres Insuffizienzgefühls ihren Pflichten als Gattin und Mutter gegenüber oft daran dachte,

sich von ihrem Manne scheiden lassen zu müssen, und daß sie die Gesundheit der Töchter infolge Belastung von ihrer eigenen Seite bedroht sah. Die Beachtungsideen scheinen manchmal ganz vager Natur zu sein, manchmal dagegen werden sie in Zusammenhang mit ihren übrigen Wahnideen gebracht.

Sie geht in die Stadt und merkt, daß der Verkehr besonders groß ist, ihretwegen. Sie geht auf den Bahnhof, da steht irgend Jemand, der sie noch sehen will, die Vögel singen, sie versteht es nicht, aber es ist wohl etwas, das sich auf sie bezieht. Ihr Bruder stirbt. Ein Vögelchen setzt sich auf den Fensterrand, das ist ein überirdisches Zeichen. Manchmal knüpfen sich diese Ideen an besonders auffällige Erscheinungen, an einen krüppelhaften Mann in der Bahn, an 7 (!) Herren die im Coupé sitzen. Dann aber kommt es vor, daß die Leute sie im Auftrage ihres Mannes fixieren, daß die Direktion Posten im Garten aufstellt, die sie beobachten. Die Vögel, die auf sie Bezügliches singen, sind möglicherweise abgerichtet. Schließlich sieht sie alle diese Erscheinungen an als ein Mittel, um sie zu beeinflussen und zu verwirren. Das Läuten der Glocken, das Zirpen der Vögel usw. usw.

Die Verfolgungsgedanken sind schon im Ueberblick genügend berücksichtigt worden. Die Eifersuchtsideen der Kranken sind nicht sehr entwickelt, der Schwerpunkt liegt nicht darin, daß ihr Mann ihr untreu sein könnte (es sei wohl möglich, daß er es ist, es sei auch möglich, daß dabei eine andere Frau im Spiel ist), sondern daß sie durch solche Intriguen ihre Kinder verliere, daß sie durch solches Verhalten demoralisiert werde. In dem schon vorher erwähnten Briefe des Mannes schreibt er, daß sie gegen die in Betracht kommende junge Dame den Vorwurf erhebt, sie wolle sie bei ihrer Tochter verdrängen.

Ueber Größenwahnideen läßt sich nichts Sicheres sagen: in Schaffhausen sagt sie einmal, sie wolle tragen, was Gott ihr

aufgeladen, doch geht wohl aus dem Zusammenhang hervor, daß sie ihr Leiden meint. In der Verwirrung sagt sie auch einmal, sie wäre die Großherzogin. Etwas auffälliger ist ihre Benennung, „Judith-Miriam“. Auf einem an ihre Töchter adressierten Kuvert, auf dem als Absenderin Judith Miriam steht, nennt sie diese ziemlich pomphaft mit allen Namen, die sie haben und schreibt dazu: „Hier Prinzessinnentöchter geheißen“, andererseits bittet sie in einem mit Judith Miriam gezeichneten Brief um Arbeit in der Küche. Ferner bennent sie auch die Aerzte mit seltsamen Namen. Bei der Besprechung ihrer Verwirrtheitszustände sahen wir, daß sie unter dem Eindruck dieser Namen Theater spielt, auch das spricht gegen eigentliche Größenwahnideen. Wir konnten die zeitliche Entwicklung ihrer paranoiden Ideen nicht verfolgen, so daß wir über deren Beginn nichts aussagen können. An den Einbildungen gegen ihren Mann, ändert sich in der langen Zeit ihres Heidelberger Aufenthaltes fast gar nichts. Höchstens könnte man eine gewisse Abnahme des Interesses an ihnen wahrnehmen, und zwar zugunsten der anderen Einbildung, nämlich, daß die Aerzte sie zu ihren Zwecken ausbeuten. Der wesentliche Bestandteil der Wahnideen gegen ihren Mann, nämlich die Fernhaltung von ihren Kindern und Verwandten, kommt aber auch hier zum Ausdruck. Die Aerzte drängen sich zwischen sie und ihre Familie, wollen sie immer im Krankenhaus behalten, lassen ihre Angehörigen nicht zu ihr usw. Dieser gegen die Aerzte erhobene Vorwurf, daß man sie zu wissenschaftlichen Zwecken benutze, entspringt vielleicht dem wirklich vorhandenen lebhaften Interesse, das man ihr als eigenartigem Fall immer entgegenbrachte, das sie vielleicht lieber für ihre Person beansprucht hätte. Daß ihre Einbildungen sie durchaus nicht gleichgültig ließen, sondern ihr gemütlich sehr nahe gingen, haben wir in der Krankengeschichte oft genug gesehen. Dies bezeigen auch ihre zahlreichen Schriftstücke (Eingaben an die Direktion, die Aerzte, die Verwandten). Einmal bittet sie auch die

Polizei um Schutz, da sie erschreckende Berichte über die Absperrung zu den Zugängen ihres Aufenthaltes hört. Endlich müssen wir noch eines Moments gedenken, dessen Wirkung im Einzelfall nicht aufzuzeigen ist, das jedoch unseres Erachtens zweifellos einen Einfluß auf ihre Aeußerung gehabt hat: den Verkehr mit den anderen Kranken. Sicherlich mag manche ihrer Vorstellungen inhaltlich von den Aeußerungen anderer Psychotischer übernommen worden sein.

### Die katatonischen Symptome.

Wir haben versucht zu beweisen, daß die Halluzinationen und die Paranoia unserer Kranken einen zirkulären Charakter tragen, daß also die halluzinatorischen Erregungen und paranoiden Verstimmungen nicht denen der Katatoniker gleichgestellt werden können. Bei den katatonischen Symptomen aber, auf die wir jetzt eingehen wollen, können wir kein Merkmal auffinden, das sie von denen einer echten Katatonie unterscheiden könnte. Wilmanns sagt in seinem Aufsatz „Zur Differentialdiagnostik der funktionellen Psychosen". „Ich habe in meinen Ausführungen von katatonischen Symptomen bei Hysterie, manisch-depressivem Irresein usw. gesprochen. Daß sich diese Symptome bei den verschiedenen Erkrankungen nur äußerlich ähnlich sind, ist wohl klar. Ein genaueres Studium dieser atypischen manisch-depressiven Irren wird uns mit der Zeit zeigen, daß diese katatonischen Symptome dieser Erkrankungen nicht nur in ihrer Genese, sondern auch in ihrer Erscheinungsform von denen der Verblödungsprozesse zu trennen sind. Vorläufig aber sind wir in diesen Fällen noch nicht imstande, aus dem Zustandsbild allein die Diagnose zu stellen, sondern sind bei der Beurteilung der Krankheitsbilder darauf angewiesen, auch ihre Entwicklung in den Kreis unserer diagnostischen Erwägungen hineinzuziehen". Die zu besprechenden Züge machen sich im Wesen, der Sprache, den Handlungen, den Bewegungen

und dabei besonders den Ausdrucksbewegungen geltend. Man kann also im allgemeinen sagen, daß sie in allen motorischen Ausdrucksformen — und andere kennen wir ja nicht — sich äußern können. Während sie nun bei der Dementia praecox so ziemlich zu jeder Zeit der Krankheit, teilweise auch während der Remission aufgefunden werden können, finden wir sie bei unserer Kranken meist nur während der Mischzustände; nur sehr selten lassen sie sich während der sogenannten ruhigen paranoiden Zeit aufweisen, während einer Hypomanie treten sie gar nicht auf. Freilich ist nun in Betracht zu ziehen, daß die Mischzustände sehr häufig sind und dann immer einige Wochen hindurch dauern, so daß von einem flüchtigen Auftreten katatonischer Züge durchaus keine Rede sein kann. Aus ruhigen Zeiten lassen sich folgende Beispiele anführen: Im Oktober und November 06 zeigte sie einige Tage hindurch ein merkwürdiges Benehmen. Sie war abweisend, unzugänglich „auf der Bettdecke hatte sie immer in einer gewissen seltsamen Anordnung Kleidungsstücke, Pantoffeln, Wolle und Eßwaren ausgebreitet, ließ aber dabei ruhig zu, wenn man ihr die Ordnung störte oder etwas wegnahm. Ein anderes Mal wird berichtet, daß sie zum Gruß nur die Fingerspitzen reicht. Am 4. VI. 06 heißt es: „Sie hält ihre Toilettegegenstände bei sich, liegt mit den Schuhen auf dem Bett, in ihre Decken gehüllt, kümmert sich um Niemanden. Unfreundlich abweisendes Benehmen. Sie schreibt nicht, fragt nicht nach ihren Angehörigen.“ Was nun den Nachweis der katatonischen Symptome in ihren Erregungszuständen betrifft, so genügt es wohl, einige Stellen aus der Beschreibung ihrer „Anfälle“ in den letzten Jahren anzuführen.

Am 17. X. 1904. . . . ist stundenweise laut, indem sie Schreie wie ein kleines Kind ausstößt, ulkige Grimassen macht, und wie eine Kuh „Muh“ brummt.

Am 16. XII 1904. . . . auf Fragen reagiert sie nur mit

Grimassen, Schütteln des Kopfes, sie verbigeriert, „es regnet“, „Robert der Teufel“.

Am 16. XII. 1904. . . . ist abends sehr laut, stößt wiederholt laut schrillende Töne von sich, wirft eine Porzellantasse auf den Boden, produziert eine Menge theatralischer Gesten und Posen, die sich beständig wiederholen.

Am 31. XII. 1904. Sie zeigt kindisch-läppisches Wesen, sucht dem Arzt Zwicker, Urkette zu nehmen, stößt laut gellende Schreie aus, bläst durch die Lippen trällernde Töne.

Am 13. II. 1908. . . . Hat ihr Bettzeug zerworfen, singt, spricht mit zusammengekniffenen Augen vor sich hin. Reicht zum Gruß den Ellenbogen (Hand!) „Nun ja“. Quietscht, zieht das Leintuch über den Kopf. „Unterfutter, Zwilch“. Personifizierte Entschuldigung. „Klebemittel bleibt immer Fischtran“. Dann einiges Unverständliche. Dann: „Den geheimen Vehmen in diesen Angelegenheiten“ . . . zendern . . . sa . . .trappan (? Ich). „Der Herr Sesus von Vimendafen“.

Ohne weitere Beispiele anzuführen, die ja aus der Krankengeschichte hinlänglich bekannt sind, können wir im allgemeinen bezüglich der katatonischen Symptome in den Anfällen sagen: „Das Wesen der Kranken ist oft kindisch, läppisch, geziert und pathetisch. Von den sprachlichen Aeußerungen, die als katatonisch bekannt sind, finden wir Sprachneubildungen, dabei spricht die Kranke bald skandierend, bald mit Fistelstimme, dann wieder beobachtet man das Hervorstoßen unartikulierter Laute. Die Handlungen sind oft triebhaft, impulsiv. Häufig tragen sie den schon erwähnten läppischen Charakter. Die Bewegungen und Haltung zeigen Stereotypien, darunter die ganz typische der Fechterstellung.

Was die mimischen Ausdrucksbewegungen betrifft, so finden wir sowohl absichtliches Grimassieren, als auch die bekannten Zuckungen der Gesichtsmuskulatur. Kataleptische Erscheinungen werden nicht beobachtet. Hin und wieder

konnte das Verhalten der Kranken auch als negativistisch gedeutet werden, doch ist das nicht sicher. Wohl aber lassen sich als Vorbeireden und Vorbeihandeln zu bezeichnende Züge auffinden.

Fünfte Frage: Ob endlich Anfälle völlig ausheilten und die Kranke also gesunde Zeiten hatte oder ob ein Zustand sekundärer Demenz eingetreten ist.

Eines der Kriterien dafür, ob die Krankheit ausgeheilt ist, besteht in der Krankheitseinsicht der Kranken, und zwar nicht in der Einsicht für den einzelnen Anfall — der hypomanische Kranke wird leicht zugestehen, daß er in der Depression krank war, ohne den hypomanischen Zustand für krankhaft zu halten — sondern für die ganze Krankheit. Wir können eigentlich nur dann sagen, daß die Kranke vollkommen gesund ist, wenn es sich nicht nur um eine partielle Krankheitseinsicht handelt. Bei unserem Fall hören wir in der Krankengeschichte oft, daß sie in den Zwischenzeiten gesund war, und solange keine paranoiden Elemente in dem Krankheitsbilde auftreten, d. h. also sicher bis zum Jahre 1889, wahrscheinlich noch einige Jahre später können wir dieser Angabe Glauben schenken. Sobald jedoch einmal feste Wahnideen nachzuweisen sind, lassen die Beobachtungen in der Heidelberger Klinik die Annahme einer völligen Gesundung nicht mehr zu. Wenn wir nun in den letzten Jahren keine vollständige Krankheitseinsicht mehr vorfinden, so geht doch die partielle Einsicht recht weit, da die Kranke mit ihrer Einsicht bis zum einzelnen Symptom vorzudringen vermag. Ihrer sorgfältigen Selbstbeobachtung entgeht es nicht, daß sie mißtrauisch geworden ist, daß sie aufgeregt, verwirrt ist, daß sie traumhafte Zustände hat, und daß dies krankhaft ist. Weiter indessen geht die Einsicht nicht, denn diese Zustände seien ein Produkt fremder Beeinflussung. Wir haben bei der Besprechung der katatonischen Symptome schon nachgewiesen, daß sie uns nicht an der Diagnose des zirkulären Irreseins bei unserer Kranken irre machen. Wir

haben ferner in unserer allgemeinen Erörterung gesagt, daß wir nur bei der Katatonie — abgesehen immer von den organischen Krankheiten — eine sekundäre Demenz zulassen und haben uns so eigentlich ex definitione der Pflicht enthoben, noch positive Beweise dafür zu erbringen, daß eine sukundäre Demenz fehlt. Tatsächlich zeigt die Kranke kein Symptom sekundärer Demenz, wie etwa Stumpfheit und Interesselosigkeit. Und die Charakteristik ihrer Persönlichkeit, die wir im Status ihrer ersten Heidelberger Aufnahme finden, paßt auf sie heute nach zwanzigjährigem Bestehen der Krankheit ebenso wie damals.

Alles was unseren Fall zu einem besonderen macht, und die Veröffentlichung empfahl — ein weiterer Beitrag zu dem noch nicht allzu reichlichen Schatz ausführlich mitgeteilter Fälle, läßt sich im Folgenden zusammenfassen:

1. Symptomatologisch: Halluzinationen werden neuerdings immer häufiger bei zirkulären Kranken beobachtet, sie werden besonders den Irrenärzten immer mehr bekannt, die ihr Krankenmaterial den gebildeten Ständen entnehmen. Daß die Sinnestäuschungen der manisch-depressiven Kranken besonders bei solchen jüdischer Rasse vorzukommen scheinen, ist eine heute ziemlich verbreitete Ansicht. In den Halluzinationen unserer Kranken werden wir daher nicht etwas Besonderes, Seltenes zu erblicken brauchen, zumal wir uns nachzuweisen bemühten, daß die Täuschungen nie oder selten echte elementare Halluzinationen sind.

Bemerkenswerter erscheinen die Wahnideen, besonders deshalb, weil sie nicht die einzeln schweren depressiven Anfälle und Mischzustände begleiten, sondern auch die verhältnismäßig ruhigen und gesunden Zeiten überdauern, wenn sie dann auch merklich zurücktreten. Ihr Wahn ist wie oben gezeigt so beschaffen, daß der Gedanke naheliegt, er könnte hier sekundär sein, d. h. er könnte unter Verwertung der Halluzinationen und Falschdeutung der unan-

genehmen Sensationen und Verwirrtheitszustände dem Bestreben der über sich nachdenkenden Persönlichkeit entspringen, unter all diesen Phänomenen einen Zusammenhang und eine einheitliche Erklärung zu schaffen. Selbstverständlich läßt sich diese Beurteilung ihrer Paranoia nicht „beweisen". Immerhin dürfte ihre Wahnbildung einen weiteren Beitrag zur neuerdings viel erörterten Frage der degenerativen (akuten, chronischen oder wechselnden) Paranoia darstellen (Mendel, Kausch, Friedmann, Rosenfeld, Birnbaum, Thomsen).

Ferner sind die Verwirrtheitszustände unserer Kranken bemerkenswert. Nicht selten findet man unter einem großen psychiatrischen Krankenmaterial Persönlichkeiten, die das erste Mal in einem Zustand der Anstalt zugeführt werden, der diagnostisch schwer zu beurteilen war, der etwa dem Bild einer Amentia oder einer Ganserschen Haftpsychose (ohne Haft) usw. entsprach. Nach ihrer Heilung und jahrelangen Gesundheit treten dann diese Personen wiederum in die Klinik ein unter dem Bilde einer typischen Manie oder gehemmten Depression, ohne jede Komplikation. Hier in unserem Fall sehen wir wie die Verwirrtheitszustände nicht einen Anfall gleichsam vertreten, oder verbergen (larvierte Depression), sondern in anscheinend ungeregeltem Laufe sich zwischen die anderen Zustandsbilder einschieben.

Endlich gehört Frau G. auch zu den Fällen, in denen, wie oben beschrieben, die katatonischen Symptome zuweilen das Bild beherrschen. Die Bedeutung, die wir diesen Krankheitszeichen zuzuschreiben geneigt sind, hat Wilmanns in seinem oben zitierten Vortrag erörtert, so daß wir weiterer Ausführungen enthoben sind.

2. Im Verlauf weicht unser Fall ebenfalls beträchtlich von dem Gewohnten ab. Der Beginn der Erkrankung entspricht der häufigen Erfahrung: ein leichter Anfall zirkulärer Art ohne Komplikation; bald aber häufen sich die Anfälle, werden länger. Die oben bezeichneten seltenen Momente

treten dazu, die Paranoia überdauert die Intervalle, und wir sehen die Kranke im August 1909 endlich in einem Zustande angelangt, der — in sich periodisch wechselnd — nun schon chronisch geworden ist, d. h. schon seit Juni 1900 besteht.

Wir haben keinen Hinweis darauf, ob unser Fall noch ausheilen wird, oder zu jenen zirkulären Kranken gehört, wie sie verhältnismäßig selten die Kliniken und Aufnahmeanstalten passieren, sich aber in den großen Landesanstalten zahlreicher zusammenfinden, jenen Zirkulären, die aus ihrem Anfall nicht mehr herauskommen, sondern dauernd krank bleiben.

Wir haben schon oben erwähnt, daß durch diese chronischen Fälle die Charakterisierung des manisch-depressiven Irreseins als eines periodischen Leidens keineswegs beeinträchtigt oder hinfällig wird. Wir brauchen uns nur des Vergleichs mit einer körperlichen Krankheit, etwa der Gicht zu bedienen und finden z. B. bei v. Merings Schilderung dieser ausgesprochen anfallsweisen Erkrankung die Sätze: „Mit der Zeit häufen sich die Anfälle immer mehr . . . Man hat es nunmehr mit atypischer, chronischer . . . Gicht zu tun. Die chronische Gicht entwickelt sich wie bereits bemerkt in der Regel aus der akuten. Es gibt aber auch seltene Fälle, in welchen die chronische Form primär auftritt.“ Diese Sätze könnten ebensogut für das manisch-depressive Irresein geschrieben sein.

Es bleibt die Frage zu beantworten übrig, ob wir irgendein Moment aufzufinden vermögen, das in ursächlicher Beziehung zu dem ungewöhnlichen Verlauf unserer Krankheit steht, und da liegt es nahe an die Rasse unserer Kranken zu denken. Beobachter, die Gelegenheit haben viel jüdische Patientinnen in ihrem Material zu sehen, gelangen sehr häufig zu der Ueberzeugung, daß die Symptome reichhaltiger, merkwürdiger sind, daß der Verlauf ein ungewöhnlicher ist. Grade bei zirkulären Juden werden die einzelnen Anfälle

häufiger als bei Kranken anderer Rassen durch Symptome kompliziert, die sich sonst mehr isoliert (Zwangsvorstellungen usw.) bei psychopathischen Persönlichkeiten oder bei hysterischen Personen (eigentümliche motorische Erscheinungen, große Anfälle usw.) finden. Sichel berichtete kürzlich („Geistesstörungen bei den Juden"), daß die zirkulären Psychosen bei Juden die Neigung hätten, mit zunehmendem Alter einen schweren Charakter anzunehmen, während dies bei anderen Rassen nicht so häufig zu geschehen pflege. Er erwähnt auch, daß nach seiner Erfahrung die hysterischen Symptome bei Juden sehr häufig eine Aehnlichkeit mit katatonischen Zeichen hätten. So stellt unser Fall vielleicht auch einen Beitrag zur Frage der Judenpsychose dar.

---

## Literatur.

Birnbaum, Vorübergehende Wahnbildung auf degenerierter Grundlage. Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie 1906.

Friedmann, Paranoia. Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie 1905.

Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig 1904.

Sichel, Die Geistesstörungen bei den Juden. Leipzig 1909.

Stoerring, Vorlesungen über Psychopathologie. Leipzig 1900.

Weygandt, Ueber die Mischzustände d. m. d. Irreseins. München 1899.

Wilmanns, Zur Differentialdiagnose d. funkt. Psychosen. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie und psych. gerichtl. Medizin 1907.

---

## Lebenslauf.

Ich, Marie Blumenfeld geb. Lipschütz, bin als Tochter des Dr. jur. Adolf Lipschütz und seiner Ehefrau Fanny geb. Baruchin am 17. März 1880 in Kiew geboren und bin mosaischer Konfession.

Mit 9 Jahren kam ich mit meinen Eltern nach Berlin. Hier besuchte ich erst die höhere Töchterschule und dann das Mädchengymnasium.

Im Jahre 1902 bestand ich das Abiturium und begann nun das Studium der Medizin. Ich studierte an den Universitäten Heidelberg, Berlin, Freiburg, Marburg und München. 1904 bestand ich das Physicum in Marburg, 1908 das Staatsexamen in München.